1925 Fasc. 52

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA, CHIRURGIA ED IGIENE

FONDATO DAI PROFESSORI

GUIDO BACCELLI FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

Diretta dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Volume XXXII — Anno 1925

ROMA

N. 14 — Via Sistina — N. 14

—

1925

Collaboratori effettivi della Sezione Pratica per il 1925

Adamo dott. Nicola - Canicattì.
Agostini dott. Marcello - Roma.
Alessandri prof. Roberto - Roma.
Alessandrini dott. Alessandro - Roma.
Alessandrini prof. Giulio - Roma.
Alessandrini prof. Paolo - Roma.
Alosi dott. Bartolo - Roma.
Alzona prof. Federico - Bologna.
Angelelli dott. Onofrio - Torino.
Antognoli dott. Cesare - Roma.
Antonelli prof. Giovanni - Roma.
Arcangeli prof. Uberto - Roma.
Arrigoni dott. Carlo - Mantova.
Arsenio dott. Polidoro - Loreto.
Artom dott. Mario - Alessandria.
Artom di Sant'Agnese prof. Valerio - Roma.
Ascoli dott. Manfredo - Roma.
Ascoli prof. Maurizio - Catania.
Ascoli prof. Vittorio - Roma.
Auriti dott. Filippo - Roma.
Ayala prof. Giuseppe - Roma.
Baggio prof. Gino - Roma.
Baglioni prof. Silvestro - Roma.
Baldoni prof. Alessandro - Bari.
Bani dott. Ugo - Roma.
Barduzzi prof. Domenico - Siena.
Basile prof. Carlo - Roma.
Bastai prof. Piero - Torino.
Battigelli dott. G. A.
Bellussi prof. Angelo - Roma.
Benci dott. Mario - Valdoltra.
Benedetti prof. Carlo - Roma.
Bertone dott. Carlo - Biella.
Betti dott. - Brescia.
Bianchetti dott. Carlo Felice - Varallo Sesia.
Bile dott. Silvestro - Napoli.
Bivona dott. Santi - Menfi.
Bompiani dott. Roberto - Roma.
Bonfiglio prof. Francesco - Roma.
Bonomo dott. V. - Chieti.
Bosellini prof. Pier Lodovico - Roma.
Brancati prof. Raffaele - Roma.
Breccia prof. Gioacchino - Genova.
Bruni dott. Enrico - Roma.
Buonomo da Rossa dott. Francesco - Napoli.
Bussa Lay dott. Enrico - Asmara.
Caccia prof. Filippo - Roma.
Calabrese prof. Donato - Bologna.
Campani prof. Arturo - Cuasso al Monte.
Capecchi dott. Egisto - Cesenatico.
Cappelli dott. Luigi - Roma.
Caruani dott. Gian Franco - Vercurago.
Caronia prof. Giuseppe - Roma.
Carusi dott. Renzo - Roma.
Casarini prof. Arturo - Roma.
Cassuto prof. Augusto - Roma.
Castagna dott. Pietrino - Valentano.
Castellana dott. Salvatore - Palma Montechiaro.
Cavazzuti dott. Alfonso - Modena.
Cavina dott. Giovanni - Bologna.
Cecchini dott. Erminio - Massa.
Celiberti dott. Alfredo - Roma.
Ceresoli prof. Adriano - Milano.
Cermenati dott. Aldo - Roma.
Cevario prof. Luigi - Campiglia Marittima.
Chiasserini prof. Angelo - Velletri.
Chistoni prof. Alfredo - Parma.
Ciauri prof. Rosolino - Roma.
Cignolini dott. Pietro - Genova.
Cioni dott. Gastone - Empoli.
Ciotola dott. Alberto - Roma.
Collina dott. Mario - Roma.
Colazza dott. Giovanni - Roma.
Colucci dott. Carlo - Roma.
Condorelli dott. Luigi - Roma.
Corradi dott. A. - Roma.
Cortesi dott. Tancredi - Venezia.
Costa dott. Tito - Roma.
Costantini dott. Paolo - Gallarate.
Costanzi dott. Carlo - Roma.
Cova prof. Ercole - Palermo.
Crainz prof. Silvio Vincenzo - Roma.
Crosa dott. Francesco - Genova.
Curti prof. Eugenio - Brescia.
Dami dott. Aurelio - Prato.
De Blasi prof. Dante - Napoli.
De Chiara dott. Donato - Roma.
De Toni dott. Giovanni - Alessandria.
Diez prof. Salvatore - Roma.
Diez Gasca dott.ssa Maria - Roma.
Di Mattei prof. Pietro - Roma.
Dominici prof. Leonardo - Cagliari.
Donato dott. Giuseppe - Taranto.
Doria dott. Raimondo - Roma.
Dragotti dott. Giuseppe - Roma.
Durante prof. Luigi - Genova.
Egidi prof. Guido - Roma.
Faberi dott. Mario - Roma.
Falleroni dott. Domenico - Roma.
Famiglietti dott. Giuseppe - Frigenio.
Fanelli dott. Giorgio - Loiano.
Fantozzi dott. Giuseppe - Pisa.
Federici prof. Nicolino - Orzinuovi.
Feluco dott. Carlo - Genova.
Ferretti prof. Tito - Roma.
Ferri dott. U. - Pavia.
Ficai prof. Giuseppe - Arezzo.
Filippini dott. Azeglio - Roma.
Fornara dott. Piero - Alessandria.
Fossataro prof. Enrico - Venezia.
Fumarola prof. Gioacchino - Roma.
Gaifami prof. Paolo - Bari.
Galatà dott. Guglielmo - Roma.
Galli dott. Paolo - Faenza.
Ganelli dott. Giuseppe - S. Fiorano.
Ganassini prof. Domenico - Pavia.
Genoese prof. Giovanni - Roma.
Ghiron prof. Vittorio - Roma.
Giampaolo dott. Rocco - San Luca.
Giorgi dott. Giorgio - Roma.
Gioseffi dott. Mario - Parenzo.
Gosio prof. Bartolomeo - Roma.
Grignani dott. Rodolfo - Pavia.
Grossi dott. Ennio - Roma.
Guida dott. Guido - Roma.
Gussio prof. Sebastiano - Roma.
Ilvento prof. Arcangelo - Roma.
Jiaia dott. Giovanni - Bari.
Jura dott. Vincenzo - Roma.
Knipfer dott. Alessandro - Bologna.
Lambri dott. Renato - S. Daniele Ripa Po.
Lapenna dott. Mario - Roma.
Lattes prof. Leone - Modena.
Laurenti prof. Temistocle - Roma.
Lazzarini dott. Tommaso - Albona d'Istria.
Lecciso dott. Francesco - Lecce.
Liotta prof. Domenico - Napoli.
Locatelli dott. Garibaldi - Belluno.
Lorenzini dott. Giovanni - Milano.
Losio dott. Livio - Piacenza.
Lucherini dott. Tommaso - Roma.
Lusignoli dott. Arnaldo - Roma.
Macciotta dott. Giuseppe - Sassari.
Gullini dott. Luigi - Roma.
Maestrini prof. Demetrio - Chioggia.
Maggiore prof. Luigi - Roma.
Maragliano prof. Edoardo - Genova.
Marchesini prof. Rinaldo - Roma.
Marinacci prof. Sertorio - Roma.
Marino dott. Vincenzo - Roma.
Mariotti prof. Ugo - Roma.
Marsella dott. Angelo - Maglie.
Martinelli dott. Mario - Trento.
Margottini dott. Mario - Roma.
Masci prof. Bernardino - Roma.
Maselli dott. Domenico - Roma.
Masotti dott. Piero - S. Vito al Tagliamento.
Massa dott. Giovanni - Torino.
Massimi dott. Giuseppe - Roma.
Massimi prof. Luigi Carlo - Genova.
Matronola dott. Girolamo - Roma.
Mazzei dott. Aliquò - Siena.
Meldolesi dott. Gaetano - Roma.
Micheli prof. M. - Codogno.
Milani prof. Eugenio - Perugia.
Milani dott. Guido - Roma.
Millul dott. Giorgio - Torino.
Minerbi dott. Giacomo - Ferrara.
Mingazzini dott Ermanno - Roma.
Mingazzini prof. Giovanni - Roma.
Mondolfo prof. Emanuele - Cesena.
Montanari prof. Arrigo - Ancona.
Monteleone dott. Remo - Roma.
Montesano prof. Vincenzo - Roma.
Mosti dott. Renato - S. Gimignano.
Muccini dott. Giacomo - Castelnuovo Garfagnana.
Notarangeli dott. Gaetano - Roccasecca.
Ortali prof. Cesare - Roma.
Ovazza dott. Vittorio Emanuele - Fiumicino.
Palladini dott. Arnaldo - Roma.
Pandolfini dott. Rosario - Roma.
Parlavecchio dott. Alfredo - Roma.
Pasenoci dott. Ferrante - S. Arcangelo di Romagna.
Pazzi dott. Ermanno - Roma.
Pediconi prof. Pio - Roma.
Pellegrini dott. Oreste.
Pera dott. Silvio - Lari.
Pergola prof. Mazzini - Roma.
Perona dott. Pietro - Padova.
Persia dott. Ascenzio - Roma.
Petta dott. Giorgio - Roma.
Philippson prof. Luigi - Palermo.
Piccardi dott. Giuseppe - Torino.
Picchi prof. Luigi - Firenze.
Piccinelli dott. Amedeo - Roma.
Piccinelli dott. Angelo - Roma.
Piccinini dott. Ugo - Roma.
Pichezzi dott. Lupo - Marano Equo.
Pierangeli dott. Walter - Napoli.
Pieri prof. Gino - Belluno.
Pietravalle prof. Nicola - Roma.
Pinzani dott. Gino - Lucca.
Piperno prof. Arrigo - Roma.
Pisani dott. Domenico - Roma.
Pizzoglio dott. Ermete - Milano.
Pollitzer dott. Renato - Roma.
Pontano prof. Tommaso - Roma.
Ponticaccia dott. Luigi - Parma.
Pozzi dott. Arnaldo - Roma.
Prati dott. Mario - Modena.
Provera dott. Cesare - Intra.
Puccioni prof. Giuseppe - Roma.
Puntoni prof. Vittorio - Roma.
Quaranta dott. Luigi - Bari.
Re dott. Pedro - Roma.
Revello dott. Mario - Genova.
Ricart dott. Antonio - Roma.
Riccardi dott. D. Francesco - Roma.
Ricci dott. Angelo - Roma.
Ricci dott. Francesco - Pavia.
Ricci dott. Omero - Roma.
Rolando prof. Silvio - Genova.
Rotolo dott. Aurelio - Laguna (Brasile).
Sabatini prof. Giuseppe - Roma.
Saia prof. Armando - Ronciglione.
Salvatori dott. Giuseppe - Roma.
Salvioli dott. Gaetano R. - Padova.
Sampietro prof. Gaetano - Roma.
Sanguinetti dott. Angelo - Bologna.
Sartorelli dott. Emilio - Pavoletto.
Sartori dott. Domenico - Arco.
Sassone dott. Nicola - Guardia Perticara.
Sbrozzi prof. Marcello - Genzano di Roma.
Scarlini prof. - Milano.
Scatena dott. Giuseppe - Roma.
Scarpellini prof. Andrea - Padova.
Sciaky prof. Enrico - Salonicco.
Sebastianelli dott. Gian Giuseppe - Valdotra.
Sebastiani prof. Antonio - Roma.
Segre dott. Giulio - Torino.
Sella dott. Massimo - Rovigno.
Selvaggi avv Giovanni - Roma.
Sereni dott. Enrico - Roma.
Sette dott. Nicola - Roma.
Severini dott. Elvio - Macerata.
Sforza dott. Claudio - Roma.
Silvestri prof. Silvestro - Roma.
Silvestri prof. Torindo - Modena.
Sisto prof. Pietro - Torino.
Solieri prof. Sante - Forlì.
Speciale prof. Francesco - Palermo.
Spicca dott. Giusto - Roma.
Spolverini prof. Luigi - Pavia.
Taddei prof. Domenico - Pisa.
Tallo dott. Francesco - Palermo.
Tancredi dott. Giuseppe - Roma.
Tempesta dott. Fortunato - Roccasecca.
Terzaghi prof. Roberto - Roma.
Testi dott. Gino - Roma.
Timpano dott. Pietro - Reggio Calabria.
Tomaselli prof. Andrea - Catania.
Tomasi dott. Luigi - Udine.
Tonelli dott. Lanfranco - Roma.
Traina dott. Salvatore - Pisa.
Trenti prof. Enrico - Roma.
Troyano dott. Felice - Atessa.
Trulli dott. Nicola - Roma.
Valduga dott. Vittore - Belluno.
Valenti prof. Adriano - Milano.
Valenti prof. Francesco - Catania.
Valentini dott. Agenore - Roma.
Valtorta prof. Francesco - Padova.
Vanni dott. Vittorio - Roma.
Venezian dott. Edmondo - Roma.
Verdina dott. Carlo - Torino.
Verney dott. Lorenzo - Roma.
Vigevani dott. Edgardo - Ferrara.
Vinaj prof. Andrea - Milano.
Violato dott. Andrea - Roma.
Viviani dott. Rodolfo - Bologna.
Zanetti prof. Giovanni - Brescello.

INDICE GENERALE

Vol. XXXII - 1925

Indice per rubrica

LAVORI ORIGINALI.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

NOTE E CONTRIBUTI.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

NOTE DI TECNICA.

IGIENE.

NOTE PREVENTIVE;
vedi LAVORI ORIGINALI.

LEZIONI, CONFERENZE, RELAZIONI.

RIVISTE SINTETICHE E CRITICHE.

QUESTIONI DEL GIORNO.
ARGOMENTI DI ATTUALITA'.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA.

COMMENTI, POLEMICHE, RIVENDICAZIONI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Pag.
Per deficienza di spazio omettiamo l'elenco dei cenni bibliografici (1)

NELLA VITA PROFESSIONALE.
MEDICINA SOCIALE - MEDICINA LEGALE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE
E CONGRESSI.

---

(1) Di queste colonne ne faremo una tiratura separata limitata alla quantità delle richieste che ci perverranno nel corso del mese di Gennaio prossimo e verrà inviata *gratis* ai richiedenti entro il Febbraio 1926.

PROFILI, BIOGRAFIE, NECROLOGIE.

SUNTI E RASSEGNE; APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO; DIVAGAZIONI; AMMINISTRAZIONE E LEGISLAZIONE SANITARIA; POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA; CRONACA DEL MOVIMENTO PROFESSIONALE; vedi l'« Indice delle materie ».

CONCORSI; NOMINE, PROMOZIONI E ONORIFICENZE; NOTIZIE DIVERSE; vedi alla fine dei singoli fascicoli.

Indice alfabetico delle Materie

C

D

E

F

G

H

I

J.

K.

L.

M

N

O

Q

R

S

T

U

V

Indice alfabetico degli autori italiani e dei collaboratori

"Il Policlinico„ Sezione Medica e Sezione Chirurgica

Affinchè i Medici possano apprezzare l'importanza delle Memorie originali che vengono accolte nelle nostre *Sezioni Medica* e *Chirurgica,* riportiamo l'indice alfabetico delle memorie stesse pubblicate nell'anno 1925:

Sezione Medica del " POLICLINICO „

LAVORI ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

Sezione Chirurgica del " POLICLINICO „

LAVORI ORIGINALI.

RIVISTE SINTETICHE.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. Ascoli, Red. resp.

Altri nostri periodici concessi agli associati al "Policlinico" in abbonamento cumulativo pel 1926.

Gli associati al «Policlinico», a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole:

L. 25 per l'Italia o **L. 38** per l'Estero

potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1926 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di specialità.

IMPORTANTE: Coloro che assumeranno l'abbonamento A TUTTE E TRE LE RIVISTE *e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al* **prezzo di favore** *di sole:*

L. 72 per l'Italia o **L. 90** per l'Estero

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continuazione de

Le malattie del cuore e dei vasi

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Clinico Medico di Roma

Ogni fascicolo si compone di 40-48 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, lezioni e conferenze *b)* rassegne, riviste e congressi; *c)* notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 32 — Estero L. 45 — Un numero separato L. 3,50
Per gli associati al "Policlinico": Italia L. 25 — Estero L. 38

N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1926 a "Cuore e Circolazione", si concedono le intere annate 1920-1921-1922-1923, del periodico "Le malattie del cuore", nonchè 1924 e 1925 di "Cuore e Circolazione", per sole L.* 95 *se in Italia, e per sole L.* 125 *se all'Estero, in porto franco.*

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di BARI

Ogni fascicolo si compone di 40-48 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; *b)* recensioni, quesiti e commenti, bibliografia: *c)* Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 32 — Estero L. 45 — Un numero separato L. 3.50
Per gli associati al "Policlinico": Italia L. 25 — Estero L. 38

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di PISA

Ogni fascicolo si compone di 40-48 pagine di testo, distinto in 3 parti; *a)* lavori originali, osservazioni e lezioni cliniche, contributi pratici; *b)* Riviste sintetiche, sunti, rassegne, quesiti; *c)* note storiche della medicina, varietà, cenni bibliografici, notizie, ecc.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 32 — Estero L. 45 — Un numero separato L. 3.50
Per gli associati al "Policlinico": Italia L. 25 — Estero L. 38

N. B. — *Ai nuovi abbonati del 1926 a "Il Valsalva", si concede l'intera prima annata (1925) del periodico stesso, per sole L.* 20 *se in Italia e per sole L.* 30 *se all'Estero, in porto franco.*

Indirizzare Vaglia Postali e Assegni Bancari, sempre direttamente al Cav. Luigi Pozzi, Via Sistina, 14 — Roma.

Ai già abbonati rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro alla nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di incollare sul talloncino del vaglia la fascetta con la quale hanno ricevuto finora il periodico.

ALTR ABBONAMENTI CUMULATIVI con "IL POLICLINICO„ pel 1926

Annali d'Igiene

Periodico mensile diretto dal prof. sen. **GIUSEPPE SANARELLI** della R. Università di Roma. Accoglie **memorie originali, studi riassuntivi, questioni del giorno** e una densa rubrica di **recensioni**, che rispecchiano tutto il movimento igienico internazionale; reca informazioni di **legislazione, amministrazione e giurisprudenza sanitaria** e **notizie varie**

In densi fascicoli illustrati e corredati di tavole.

Gli «Annali d'Igiene» pubblicano anche ricche *monografie*, in forma di «Supplementi», e ne fanno dono agli abbonati.

Abbonamento annuo: Italia L. **40**; Estero L **60**. Per gli associati al «Policlinico»: Italia L. **36**; Estero L. **55**. Ai medici condotti associati al «Policlinico» gli «Annali d'Igiene» sono offerti al prezzo di eccezionale favore di L. **30**; ma per ottenere ciò essi dovranno rivolgersi **esclusivamente** alla nostra Amministrazione, in via Sistina, 14.

A richiesta si invia gratis numero di saggio.

Rivista di Clinica Pediatrica

La **Rivista di Clinica Pediatrica**, periodico mensile illustrato, si pubblica a Firenze.

Fondata dai proff. **Giuseppe Mya** e **Luigi Concetti** nel 1903, non ha mai interrotto le sue pubblicazioni, anche nei momenti più difficii della guerra e dell'immediato dopo guerra. È ora diretta dai proff. **CARLO COMBA, G. B. ALLARIA, CARLO FRANCIONI, DANTE PACCHIONI, GENNARO FIORE**, ordinari di Clinica Pediatrica rispettivamente a Firenze, Torino, Bologna, Genova e Pisa.

Continuando a pubblicare memorie originali, la «Rivista di Clinica Pediatrica» nel 1926 darà speciali cure alla rubrica della rassegna della stampa preoccupandosi di fornire al lettore una raccolta, per quanto è possibile completa, di ciò che si pubblica in Italia ed all'Estero, intorno alle malattie dei bambini. Essa si preoccuperà delle importantissime questioni sociali che hanno rapporto coll'infanzia e ne terrà informati i suoi lettori.

Sarà poi corrisposto alle esigenze dei medici esercenti mediante la trattazione di argomenti e la raccolta di notizie, che hanno attinenza più stretta colla pratica professionale.

La «Rivista di Clinica Pediatrica» nel prossimo anno migliorerà ancora la sua elegante e nitida veste tipografica ed aumenterà di oltre un terzo il contenuto dei suoi fascicoli mensili.

Abbonamento annuo: per l'Italia L. **40** — per l'Estero L. **80**. — Per gli associati al «Policlinico»: per l'Italia sole L. **36** — per l'Estero sole L. **73**.

Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle

Il più antico periodico della specialità in Italia ed all'Estero, fondato dal dott. cav. **G. B. Soresina** nel 1866, pubblicato dal dott. **AMBROGIO BERTARELLI** con la collaborazione di tutti i professori delle Cliniche Dermosifilopatiche italiane. Si pubblica ogni due mesi, in sei ragguardevoli fascicoli bimestrali, riccamente illustrati, e raccoglie l'attività che si svolge in Italia ed all'Estero nel campo della Dermosifilopatica con la pubblicazione sia di lavori originali che di numerose, selezionate recensioni. Pubblica altresì gli atti della Società Italiana di Dermatologia e di Sifilografia.

Abbonamento annuo pel 1926: per l'**Italia** L. **70**. Per gli associati al «Policlinico»: per l'**Italia** sole L. **65**.

"Difesa Sociale„

Rivista mensile dell'ISTITUTO ITALIANO d'IGIENE, PREVIDENZA ed ASSISTENZA SOCIALE, fondata e diretta dal Prof. ETTORE LEVI

Organo Nazionale di Documentazione, di Propaganda e di Coordinazione

Sotto l'alto Patronato di S. M. il RE - Sotto gli auspici della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali

È la sola Rivista italiana che riassume il movimento nazionale e internazionale in rapporto ai seguenti problemi: Abitazione, Alimentazione, Educazione, Lavoro, Igiene, Previdenza e Assistenza Sociale. Essa desume le proprie informazioni da relazioni dirette coi Ministeri competenti delle varie nazioni, nonchè dallo scambio con oltre 1200 Associazioni e con 400 Riviste.

Abbonamento Annuo: Italia L. **25** - Estero L. **50** — Per gli associati al "Policlinico„ Italia L. **22** Estero L. **47**.

Numeri di saggio verranno inviati su richiesta

"La Stomatologia„ - Periodico mensile

Organo ufficiale della Federazione Stomatologica Italiana

Fondato nel 1902 dalla Federazione, oltrechè tenere al corrente il lettore di tutti i moderni progressi scientifici e pratici della specialità, si occupa degli interessi professionali della classe degli stomatoiatri italiani.

E' diretto dal prof. **Arrigo Piperno** e vi collaborano i più eminenti cultori italiani della specialità.

Abbonamento annuo per l'**Italia** L. **70**; per l'Estero L. **80** - Per gli associati al «Policlinico»: Per l'**Italia** sole L. **64**. — Per l'estero L. **76**.

La Salute e l'Igiene nella Famiglia

Questa interessante rivista si è ormai affermata brillantemente sia in Italia che nelle nostre colonie all'estero per l'utilità del suo contenuto. Essa è diretta dal dott. ESCHILO DELLA SETA e vi collaborano parecchi valorosi colleghi. LA SALUTE E L'IGIENE NELLE FAMIGLIE è una lettura gradita per la sua varietà scientifica alla portata di tutti e grandemente proficua.

L'abbonamento annuo per l'**Italia**, costa L. **12** — Per gli associati al «Policlinico» sole L. **10**.

ANNO XXXII ROMA, 5 Gennaio 1925 Fasc. 1

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

Per il 1925.

Ai Medici Italiani,

La storia dimostra profondi intimi legami tra i mutamenti politici e i mutamenti in tutte le manifestazioni della vita civile dei popoli. Ovunque trionfa oggi il nazionalismo; ma il moderno nazionalismo vuole avvicinarsi, paragonarsi con il nazionalismo degli altri popoli per incanalarsi e prevalere nel movimento internazionale.

Il movimento scientifico odierno, per questa tendenza dei popoli, diviene più mosso e più complesso. Lo scorge chi, ad esempio, segua un po' da vicino la stampa medica internazionale.

L'Italia, conviene riconoscerlo, era fin qui tenuta fuori delle correnti del progresso. In Italia si lavorava con metodo e con coscienza, seguendo e vagliando quanto si produceva presso le singole nazioni; si avanzavano talvolta idee nuove, originali, buone; ma nessuno mostrava accorgersi di tutto ciò. Era l'isolamento.

Il fenomeno è tutt'altro che scomparso, ma negli ultimi anni, in parte per il maggior peso dell'Italia nella politica, certamente per la serietà e onestà della produzione nel campo delle discipline mediche, i lavori italiani sono presi in considerazione. I giornali di tutto il mondo spesso li riassumono.

Il Policlinico *ha la soddisfazione di avere molto contribuito a questo riconoscimento dell'opera nazionale mediante una rigorosa e buona cernita delle memorie che riceve. I lavori che pubblica trovano rapida e larga recensione nei giornali del mondo intero. Il* **Policlinico** *per sè ha richiamato l'attenzione degli stranieri per la disciplina scientifico-clinica che lo governa. I doveri di chi lo dirige crescono in proporzione dell'importanza che ha assunto.*

Il credito acquistato fa affluire a noi la grande e migliore parte dei lavori italiani nel campo clinico, e ci concede una scelta di prima mano. Malgrado che la liberalità dell'Amministrazione ci abbia accordato un cospicuo aumento di pagine, lo spazio quasi sempre difetta. A causa di tale limitazione e soprattutto a causa della vigile selezione cui la nostra responsabilità ci lega, siamo spesso costretti a rinviare lavori pure apprezzabili. Ai nostri collaboratori e ai nostri abbonati rivolgiamo una parola di scusa per taluni rinvii e per i non rari richiami alla brevità, e vogliamo pregarli di considerare con benevolenza la difficile opera nostra. Con un po' di sacrificio d'amor proprio essi godono il vantaggio d'avere un giornale ben selezionato nel contenuto e rispondente alle esigenze della coltura e degli interessi professionali.

Il **Policlinico** *infatti con la sua* **sezione pratica** *di settimana in settimana soddisfa i disparati bisogni e i multiformi desideri degli abbonati, ne difende l'equità dei diritti, assicura la varietà e rapidità delle informazioni che li interessano, senza mai sminuire la serietà dei contributi clinici e il prestigio della scienza. Alle numerose e stabilizzate rubriche con cui questa sezione del* **Policlinico** *adempie alle funzioni indicate, continueremo a dare proporzionato sviluppo e cura di precisione, ma dobbiamo anche cercare di sempre meglio adattarle ai tempi nuovi. Faremo quest'anno maggiore parte alla rubrica « sunti e rassegne », completandola non solo con riviste sintetiche di medicina e chirurgia generali, ma con esposizioni sistematiche di quei progressi che interessano la medicina pratica nelle singole specialità. La parte legale e gli interessi professionali, nella profonda trasformazione sociale e amministrativa della vita del medico, meritano l'esame più assiduo e diligente perchè preparino un migliore avvenire alla nostra classe che si dibatte in una grave crisi morale ed economica.*

La **sezione pratica** *nella sua complessa organizzazione rispecchia tutta la vita contemporanea del medico.*

La **sezione pratica** *settimanale del* **Policlinico** *non può accogliere, senza venir meno a' suoi scopi, che lavori originali e contributi clinici brevi.* **Il Policlinico** *provvede doverosamente alla coltura e alla esperienza clinica dei suoi abbonati, completando la sezione pratica con un fascicolo mensile di memorie originali di medicina e con un fascicolo mensile di memorie originali di chirurgia. Ambita palestra dei nostri migliori studiosi, la* **sezione medica** *e la* **sezione chirurgica** *hanno quasi raddoppiate le pagine per presentare adeguatamente il movimento scientifico nostrano, pur accettando soltanto memorie di spettanza clinica e valutate con critica severa. Veri archivi della migliore produzione clinica italiana, essi economicamente costituiscono quasi un dono agli abbonati della sezione pratica.*

Con le sue tre sezioni **Il Policlinico** *è l'organismo più commisurato a tutti i bisogni della coltura medica e al sostegno della classe medica. Esso pertanto con una redazione numerosa, indipendente e bene specializzata nelle singole materie, armonizzata in un affiatamento intimo e quasi ormai famigliare, con un'amministrazione organizzata secondo larghi criteri, continua animoso il suo cammino ascendente per l'erta della storia, iniziando il suo XXXII anno.*

Noi volentieri confessiamo che, per quanto ricche, disciplinate e allenate dall'esperienza, le nostre energie non sarebbero pari all'arduo compito, se non ci aiutasse ancora la intensa e viva collaborazione delle scuole cliniche, degli ospedali e dei pratici, se non alitasse ancora intorno a noi la fiducia simpatica della numerosa e crescente legione degli abbonati.

Rivolgendo un riconoscente saluto e un cordiale augurio per il nuovo anno ai collaboratori ed agli abbonati, ci attendiamo che si accresca e si intensifichi fra noi quella unione fatta di serietà scientifica, di libertà di giudizio, di confidenza amichevole che ha retto **Il Policlinico** *e che gli permetterà di contribuire al prestigio della medicina italiana e di partecipare sempre più degnamente al movimento medico internazionale.*

LA REDAZIONE.

Il nostro lungo ed alacre passato ci esime dalle promesse e dagli allettamenti ai lettori, i quali possono giudicarci dai fatti compiuti.

Ci sia consentito di assicurare soltanto che continueremo a lavorare con austerità e con impegno all'organizzazione pratica del periodico.

Non è a credere che questo compito sia dei più agevoli. Esso, anzi, è grave di responsabilità, esige un ostinato lavoro, si svolge tra difficoltà non sospettate, rese maggiori dagli aggravi di tutte le spese generali dell'azienda.

La tenacia dei nostri sforzi ha avuto ragione di queste difficoltà. E continuerà a fronteggiarle con fiducia.

La via da battere ci sarebbe spianata, qualora perseguissimo un miraggio di lucro. Ma noi siamo troppo gelosi dell'assoluta e fiera indipendenza che ha creato il prestigio del nostro giornale e che ci fa sentire la nobiltà del nostro lavoro.

Unico scopo definito che noi ci proponiamo, è di provvedere all'elevazione colturale del medico e di tutelarne gl'interessi morali e materiali.

Pertanto noi secondiamo tutti gli sforzi della direzione, intesi ad arricchire e organizzare i servizi redazionali della *Sezione Pratica*, affinchè questa sia l'eco palpitante delle nuove conquiste e delle questioni più dibattute nel campo scientifico e tecnico; affinchè essa sorvegli con sollecitudine e promuova l'attività professionale; affinchè sia fatto largo posto alla cronaca. Non meno vigili cure vengono rivolte alla *Sezione Medica* ed alla *Sezione Chirurgica*, le quali si raccomandano per la copia del materiale originale: esse concorrono efficacemente al progresso del sapere medico in Italia e nessun medico colto dovrebbe privarsene.

La forza del nostro giornale è stata determinata dalla simpatia con cui i medici hanno corrisposto alla nostra appassionata opera. Ogni anno ci ha portato nuove e dense schiere di abbonati. La nostra ambizione è di mostrarci meritevoli di questo grandioso successo. L'ascesa non deve arrestarsi: noi confidiamo che i vecchi abbonati ci verranno ancora in aiuto, con una attiva propaganda di diffusione.

Da parte nostra, nulla sarà risparmiato per mantenere e consolidare al «Policlinico» il favore del pubblico medico.

L'AMMINISTRAZIONE.

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretto dal prof. V. ASCOLI.

I danni dell'uso della canfora nelle malattie del fegato e negli interventi chirurgici sulle vie biliari.

Prof. GIUSEPPE SABATINI, 1° aiuto.

È talmente entrata nell'ordinaria pratica terapeutica la canfora, che il medico non esita mai quando deve prescriverla. E la prescrive *larga manu* e per lunghi periodi di tempo — in genere sotto forma di iniezioni di olio canforato al 10-20-25 % — tutte quelle innumeri volte, nelle quali si rende necessario un analettico generale, un rimedio che sostenga il cuore o stimoli il respiro, un farmaco che rapidamente risollevi le forze, tronchi uno stato di depressione, mantenga la resistenza indebolita da una malattia o controbilanci l'effetto di un altro medicinale ad azione deprimente, come la morfina, il cloroformio e simili.

Nell'ordinare così frequentemente la terapia a base di canfora si ha la convinzione, oserei dire tradizionale, di prescrivere un rimedio che fa sempre e presto bene e che è scevro di inconvenienti o di pericoli.

Ma in realtà non è così.

E se il largo uso dell'olio canforato e della canfora in genere è pienamente utile e giustificato, specie nei casi di urgenza ed in alcune malattie infettive e in tutti quei malati, nei quali sono alterate, acutamente o cronicamente, le funzioni del circolo e del respiro, non è altrettanto vero, che il farmaco in parola sia indenne da azioni secondarie dannose e che lo si possa prescrivere sempre con la tranquillità di avere da esso effetti buonissimi o mediocri, ma non mai cattivi.

Esistono condizioni o casi nei quali l'uso della canfora è nettamente da sconsigliare, e può riuscire addirittura pericoloso: e su alcune di queste contingenze, quali sono appunto quelle in cui si trovano gli infermi con insufficienza epatica (di diversa origine e sopratutto post-operatoria) io credo utile richiamare in modo deciso l'attenzione,

per evitare i danni derivanti dal lasciarsi trasportare dall'incontestato concetto della generale innocuità della canfora (1).

Già sono da lungo tempo conosciuti i disturbi, che la canfora dà allorquando viene somministrata per uso interno: essi consistono sopratutto in bruciore gastrico, nausea, vomito, arsura, stato tossico. Per tali inconvenienti la somministrazione per via orale della canfora non ha quasi applicazioni pratiche o viene fatta in dosi refratte (3-5 centigr.).

Ma gli stessi inconvenienti, ed in special modo il vomito, possono non di rado manifestarsi anche per l'uso ipodermico degli olî canforati.

Se non che, quando simili disturbi si presentano, abitualmente si attribuiscono alla malattia in atto e non al medicamento. La conseguenza di siffatta erronea attribuzione è quella di continuare nelle iniezioni di olio canforato, ed anzi il più delle volte di intensificarle, proprio per rimediare allo stato di adinamia, prodotto dal vomito, dalla nausea e dalla incapacità di alimentazione; donde un inevitabile ulteriore progressivo peggioramento, che si seguita naturalmente a ritenere come espressione della gravità della malattia fondamentale, continuando nell'errore e permanendo nel circolo vizioso.

Io ho osservato questo andamento molte volte. Uno dei primi casi, assai dimostrativo, riguarda una inferma operata di colecistectomia, con drenaggio del coledoco.

Detta inferma, di 29 anni, da molti anni era affetta da coliche epatiche, alle quali negli ultimi mesi si erano aggiunti ittero, da occlusione calcolosa quasi completa del coledoco, ed infezione grave delle vie biliari, esprimentesi con febbre a tipo suppurativo intercalata da accessi gravissimi con intenso brivido, temperatura altissima e remissione con sudore.

Lo stato generale, per il lungo perdurare dell'infezione e della ritenzione biliare, essendo divenuto preoccupante, la paziente fu sottoposta all'intervento chirurgico, e fu eseguita la colecistectomia, con rimozione di numerosi calcoli dal coledoco e dai dotti epatici, e drenaggio coledocale (prof. Margarucci).

Dopo l'operazione le condizioni dell'inferma migliorarono rapidamente, la febbre cessò, l'ittero si attenuò fino quasi a scomparire, defluendo ampiamente la bile dal tubo del drenaggio.

Perdurava la depressione notevole delle forze e della nutrizione, per cui fu prescritto l'uso, mattino e sera, di iniezioni di olio canforato. Per qualche giorno il decorso fu normale: l'inferma si lamentava però di nausee ed anoressia, disturbi che ogni giorno maggiormente si accentuavano, rendendo sempre più difficile l'assunzione di cibo e facendo quindi progressivamente diminuire ancora le forze.

Verso il dodicesimo giorno comparve il vomito, che ben presto divenne così ostinato, da impedire qualsiasi alimentazione. Nemmeno l'acqua era più sopportata.

Per combattere l'adinamia profonda e progressiva, fu, istintivamente, aumentato il numero delle quotidiane iniezioni di olio canforato e alle medesime iniezioni si ricorse ancor più largamente quando per gli inevitabili strapazzi (pulizie, medicature, ecc.) minacciava il collasso.

In breve lo stato dell'inferma divenne grave e nettamente tossico; lingua arida, rossa, coriacea, voce fioca, polso filiforme, disidratazione dei tessuti per il vomito infrenabile, debolezza estrema tanto da non potersi muovere, sonnolenza.

Tuttavia la spiegazione di queste condizioni si presentava oscura: la più diligente osservazione dal punto di vista chirurgico faceva escludere ogni dipendenza del vomito e dello stato minaccioso dall'intervento operativo (granulazione perfetta della ferita, drenaggio normale, nessun segno di ristagno biliare o di risentimento peritoneale). D'altronde mancava ogni alterazione febbrile. Sì che io fui indotto a pensare che responsabile di questo stato tossico potesse essere la canfora: fu così sospesa, nonostante le minacciose condizioni del cuore e del polso, ogni iniezione di olio canforato.

L'effetto fu sorprendente: dopo 12 ore il vomito era cessato, la lingua divenuta più umida, la nausea scomparsa, sì da permettere alla paziente di prendere acqua e piccole quantità di latte.

Da questo momento si assistette come al rapido dileguarsi di un avvelenamento; dopo meno di 24 ore dalla sospensione della canfora, la pazien-

---

(1) Una questione, che meriterebbe di essere largamente studiata dal punto di vista non solo teorico, ma ancor più della pratica clinica, è quella della natura e delle variabilità delle specie di canfora, usate dai farmacisti per la preparazione dell'olio canforato. Esistono infatti molte varietà commerciali di canfora: la canfora del Giappone e la canfora di Formosa, ambedue derivanti dal *Cinnamomum* (o *Laurus*) *Camphora* L. ma diverse per il sistema di estrazione; la canfora di Borneo (borneolo) derivante dalla *Dryobalanops aromatica*; la canfora di Blumea, estratta dalla *Coniza balsamifera* L.; tutte le cosidette canfore sintetiche per lo più ottenute trattando l'olio di trementina con gas cloridrico.

Queste varie canfore, più o meno diffuse in commercio, sono assai diverse fra loro per i caratteri organolettici e chimici, per le proprietà terapeutiche, per il prezzo di costo. Ne consegue la variabilità dei preparati galenici di canfora, messi dall'industria a disposizione del medico, il quale così non può calcolare e giudicare su un prodotto sempre costante.

te si sentiva bene, vigile, poteva stare seduta sul letto, cominciava a nutrirsi con cibi solidi, perfettamente sopportati.

Il decorso operatorio continuò normale e l'inferma abbandonò, guarita, la casa di cura.

Dopo di allora io ho rivolto una particolare attenzione agli effetti dei preparati di canfora nei malati di fegato, specie nei calcolosi e negli itterici. E ho con una grande frequenza constatato la intolleranza, che essi hanno per questo prodotto, intolleranza che si manifesta sopratutto con nausea e vomito, i quali disturbi abitualmente ingannano il medico, che li attribuisce all'affezione epatica, nel cui quadro infatti non sono impossibili a presentarsi.

Credo utile riportare un'altra assai recente osservazione, la quale riproducendo esattamente le condizioni osservate nella prima che fù riferita, dimostra la non rarità di simili casi clinici e conferma la giustezza della interpretazione, che noi abbiamo data ai sintomi osservati:

Donna di 63 anni, operata venti anni prima di isterectomia, soffre da tredici anni di coliche epatiche: nell'ultimo mese gli attacchi dolorosi sono divenuti subentranti, con ittero e febbre.

Il 13 marzo 1924 viene quindi sottoposta alla operazione. Il chirurgo, prof. Egidi, trova il coledoco ectasico, contenente un grosso calcolo nella porzione retroduodenale. Rimozione del calcolo, colecistectomia, drenaggio.

Decorso postoperatorio completamente e sempre apirettico. Polso tra 62 e 88.

Subito dopo l'operazione, si prescrivono, più *par routine* che per reale bisogno, delle iniezioni quotidiane di olio canforato.

Al 2°-3° giorno l'inferma comincia ad avere nausea, vomito, vertigini; giace supina e con gli occhi chiusi, perchè dice che in tal modo la vertigine è minore. Senso di profonda astenia. I vomiti non sono frequenti, ma l'inferma rigetta tutto quello che prende.

Dal 6° giorno, si inietta canfora più del consueto (circa 80 cgr.). Vertigini, astenia, vomito più accentuati.

Al 12° giorno, le condizioni dell'operata sono gravi, senza che alcuna spiegazione se ne trovi all'esame obbiettivo.

Per mio consiglio il prof. Egidi sospende le iniezioni di canfora, e immediatamente tutta la sintomatologia si dilegua, il decorso clinico diviene normale del tutto, e si ottiene la guarigione regolare.

Gli esempi, che fra le mie molte osservazioni del genere ho riportati, richiamano chiaramente l'attenzione sui danni, che l'uso dei preparati di canfora, ed in genere dell'olio canforato, può apportare negli epatopazienti, e specialmente negli operati di calcolosi biliare.

Sorvolando, per un momento, sulla probabile interpretazione dei fenomeni, queste osservazioni hanno un grande interesse pratico, in quanto è pressochè abituale, dopo gli interventi chirurgici, lasciar l'ordine di fare, a scopo analettico, agli operati delle iniezioni di olio canforato più o meno ravvicinate e per tempo più o meno lungo. Or bene, il tener presente che la canfora può essere la causa degl'imponenti disturbi del tipo descritto può non solo servire a limitare o abbandonare l'uso del medicamento, ma può essere di guida per interpretare, quando si presentino, detti fenomeni, i quali altrimenti o si ascrivono all'alterazione epatica per se stessa o si mettono in dipendenza dell'atto operatorio, pur senza trovarne le prove nell'esame obbiettivo nè generale nè locale.

Ma non soltanto negli infermi operati per calcolōsi biliare si hanno simili disturbi di intossicazione e di intolleranza. Come accennavo, in questi ultimi tempi io ho seguito con particolare attenzione gli effetti della canfora in tutti gli ammalati con lesioni del fegato, per la maggior parte colelitiasici, ma anche spesso cirrotici od infermi di ittero infettivo. Ed ho potuto spesso vedere, specie nei malati più gravi con ittero infettivo, che le iniezioni di olio canforato producevano nausea, vomito, arrossamento e secchezza della lingua, prostrazione, sonnolenza; tutti disturbi che scomparivano o si attenuavano sospendendo il rimedio e sostituendolo o no con altri eccitanti (caffeina, etere).

In alcuni individui calcolosi, con frequenti coliche epatiche, ho notato che le iniezioni di morfina fatte nei momenti dell'accesso doloroso erano seguite da nausee e vomito quando si associavano con contemporanee iniezioni di olio canforato (pratica abbastanza comune per controbilanciare l'azione depressiva propria della morfina). E che in questi casi la nausea ed il vomito non fossero imputabili alla morfina, che notoriamente può e suole darli, ma bensì alla canfora, io ne ebbi la prova in quanto che negli stessi individui, in successivi accessi di colica biliare, l'iniezione di sola morfina non dette i disturbi lamentati.

Oltre che negli infermi con fegato direttamente leso (vedremo come la calcolosi leda profondamente tutta l'attività del parenchima epatico) la canfora sovente può dare disturbi gravi di intolleranza tossica anche in altri malati nei quali il fegato è solo indirettamente colpito, e si dimostra insufficiente alle prove funzionali. Ciò si verifica principalmente nei cardiopatici, in stato di scompenso, con stasi epatica. Molti scompen-

sati (l'insufficienza del fegato è stata bene dimostrata in queste condizioni) si lamentano di nausea, vomito, secchezza della lingua. Indagando su questi disturbi quasi sempre si trova che detti infermi sono sottoposti a sistematiche cure con olio canforato (iniezioni ogni 3-6 ore). Orbene tenuto conto delle osservazioni precedenti, io ho potuto constatare come questi cardiopatici, tormentati soprattutto da nausea e vomito insistenti, miglioravano rapidamente quando venivano privati delle iniezioni di canfora.

E la ripresa del medicamento riproduceva sovente in essi i fenomeni di intolleranza, ingiustamente anche in tali casi interpretati come effetti della stasi gastrica e dello scompenso circolatorio. Lo stesso può ripetersi per molti cirrotici.

Si che resta accertato, ed occorre tenerlo presente, che esistono molti ammalati, con funzionalità epatica direttamente o indirettamente alterata, nei quali la canfora produce gravi fenomeni generali, che sono di intolleranza e di intossicazione; simili disturbi vengono invece abitualmente attribuiti alla malattia, che può ben darli, e non al farmaco che effettivamente li dà; sì che per l'insistere nella erronea terapia si produce un progressivo inevitabile peggioramento del paziente.

Ed ora accennerò brevemente all'interpretazione dei fenomeni descritti. È noto che la canfora, somministrata a dosi terapeutiche, viene dall'organismo umano per una parte eliminata attraverso la superficie respiratoria, fornendo all'alito il suo odore caratteristico, e per un'altra più grande parte eliminata attraverso l'emuntorio renale, sotto forma di acidi canfoglicuronico e uramidocanfoglicuronico, inodori e inattivi. La canfora, accoppiandosi coll'acido glicuronico, perde le sue proprietà farmacologiche (Gaglio).

Questo accoppiamento della canfora coll'acido glicuronico è opera del fegato, e su questa sintesi è fondata una delle prove della capacità funzionale del fegato stesso.

Colla prova di Roger infatti si somministra la canfora e poi si ricerca l'acido glicuronico nelle orine, come indice dell'attività della cellula epatica.

Ora è evidente che quando il fegato è leso la produzione dell'acido glicuronico è diminuita e può giungere fino ad annullarsi (Roger, Sabatini ed altri).

Negli individui con fegato ammalato e insufficiente la canfora somministrata viene accoppiata solo parzialmente all'acido glicuronico e quindi non tutta resa inattiva ed eliminata per l'emuntorio renale; ed in ogni caso questo processo di inattivazione ed eliminazione avviene lentamente e il farmaco circola più a lungo, si che probabilmente le dosi successive si sommano, fino alla carica tossica.

Oltre a ciò l'eliminazione attraverso i reni, sotto forma di accoppiamento glicuronico, essendo difficoltata e rallentata, la canfora circolante viene verosimilmente eliminata anche dalla mucosa gastro-intestinale, attraverso la quale può passare come ha dimostrato il Lewin. Orbene è notoria l'azione irritante, che la canfora ha sulle mucose, sopratutto su quella dello stomaco, irritazione che può giungere fino all'ematemesi. Così si spiegano sia l'azione tossica generale sia l'irritazione locale delle vie digerenti, che abbiamo viste prodursi nei nostri malati con fegato insufficiente.

Si spiega anche come sopratutto dannose siano in questi casi le iniezioni *ripetute* di olio canforato, poichè, dopo essersi esaurita tutta la riserva e la capacità di produzione di acido glicuronico (assai scarso nei fegati malati), che questi infermi hanno, le dosi successive di canfora non possono essere più eliminate, per la via renale, che è la più cospicua, e si sommano fino all'intossicazione.

Alcuni fenomeni infatti, che questi epatopazienti presentano, sono proprio quelli delle dosi tossiche di canfora, come sono descritti in tutti i trattati di farmacologia: sonnolenza, abbattimento, cefalea, vomito, secchezza delle mucose, palpebre chiuse, ipotermia, a volte scosse convulsive. Tali disturbi noi abbiamo visto manifestarsi specialmente in quei malati, nei quali più ampiamente e profondamente alterata suole essere la funzionalità della cellula epatica (colelitiasici, itterici gravi infettivi, cirrotici, scompensati con fegato cardiaco).

E niente di strano che quelli, che più facilmente si intossicano colla canfora, siano i calcolosi biliari, specie dopo l'aggravamento operativo. Infatti in un lavoro sulla formula clinica per lo studio della funzionalità epatica io ho dimostrato come i calcolosi siano, fra i malati di fegato, quelli che presentano, alla serie delle prove funzionali, l'insufficienza per un maggior numero delle molteplici funzioni epatiche (ciò che significa che la colelitiasi parte forse dalla cellula epatica profondamente alterata).

Così mi sembra che l'azione frequentemente nociva della canfora nei malati di fegato trovi la sua naturale spiegazione nelle nostre attuali conoscenze sulla fisiopatologia di questo organo, tanto complesso nelle sue attività, fra le quali primeggia la funzione antitossica.

E questa mia interpretazione dell'alterata funzione antitossica del fegato per effetto della deficienza dell'acido glicuronico può dar ragione anche di altri fenomeni d'intossicazione medicamentosa riscontrati negli epatici e specialmente nei colelitiasici.

Così Chauffard e Castaigne hanno descritto un caso di morte in seguito ad una iniezione di morfina fatta per una colica epatica all'8° giorno. Orbene si sa che anche la morfina, al pari della canfora e di molti altri medicamenti, viene nell'organismo umano accoppiata all'acido glicuronico e in tal forma resa inattiva e quindi eliminata. Noi potremmo interpretare il caso di Chauffard e Castaigne ammettendo che *all'8° giorno* di accessi continui di colica epatica il potere antitossico del fegato, normalmente esercitato mediante la produzione di acido glicuronico, doveva essere ridotto pressochè a zero; donde l'azione eccessiva della dose terapeutica di morfina somministrata, e l'avvelenamento.

Pericoli così gravi non esistono per la canfora, essendo le dosi tossiche di questo medicamento lontane da quelle curative, con una zona maneggevole assai ampia.

Nondimeno credo che si debbano conoscere e ricordare le nozioni che sono venuto esponendo, sia per essere in grado di usare la necessaria prudenza nelle prescrizioni dei così comuni preparati di canfora, quando esse riguardino individui con fegato profondamente leso od anche soltanto insufficiente, sia per riconoscere i disturbi da intolleranza o tossici prodotti dal farmaco, ed eliminarli con la soppressione del medesimo.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Osservazioni cliniche sugli esiti lontani della simpaticectomia periarteriosa di Leriche.

Dott. LEONARDO DOMINICI.

Nel penultimo Congresso della Società Italiana di Chirurgia tenuto a Roma nell'ottobre 1923 presentai alcuni operati di simpaticectomia periarteriosa alla Leriche per ulcere perforanti idiopatiche del piede e per ulcus crudis, nei quali l'intervento era stato praticato 5-6 mesi prima. Ora (ottobre 1924) che ho riesaminato questi malati dopo un periodo di tempo più lungo, ed ho potuto osservare risultati diversi da quelli che presentavano un anno fa, credo opportuno riferire questi esiti osservati a maggiore distanza di tempo soprattutto perchè essi possono modificare le deduzioni che sembrava si potessero trarre dalle osservazioni fatte dopo un tempo relativamente breve dall'intervento.

I casi da me operati sono soltanto cinque, di cui due nello stesso individuo. Malgrado lo scarso numero di osservazioni, ritengo importante riferirle, perchè non è stata detta ancora l'ultima parola sul valore della Simpaticectomia periarteriosa di Leriche, non ne sono stati fissati bene i limiti delle indicazioni e delle controindicazioni, e soprattutto fino ad oggi si conoscono poco o nulla i risultati lontani cui essa dà luogo. Tali questioni potranno essere risolute soltanto con osservazioni cliniche esatte e prolungate, perchè le ricerche sperimentali sulla Simpaticectomia periarteriosa poco o nulla possono aiutarci, soprattutto per quanto riguarda il suo valore terapeutico. Infatti gli animali di Laboratorio comunemente usati poco o nulla si prestano per tale intervento, e se anche è possibile eseguirlo in quelli di mole più grande (grossi cani), potremo in essi studiare le modificazioni macroscopiche e microscopiche dell'arteria simpaticectomizzata, le modificazioni della circolazione periferica, del polso, della temperatura locale, ecc., ma ci riuscirà sempre difficile studiare negli animali gli effetti terapeutici della operazione di Leriche sulle lesioni morbose per le quali essa è stata consigliata. E ciò per due motivi: prima di tutto è difficile od impossibile (almeno fino ad oggi) determinare negli animali la maggior parte di tali lesioni morbose, ed in secondo luogo quelle lesioni che si possono riprodurre sperimentalmente, come l'ulcera trofica da lesione dello sciatico, spesso nel cane guariscono spontaneamente.

Tecnica operatoria. — Ho operato coll'anestesia locale novocainica ed ho potuto sempre portare a fine l'intervento senza inconvenienti. Ho usato come strumenti per la simpaticectomia pinze, bisturi e forbici di piccole dimensioni da microscopia o da oculista. Non sono mai riuscito, dopo avere inciso circolarmente l'avventizia, ad asportarla in modo continuo e sistematico come un manicotto od un grosso lembo unico (Leriche, Herz, Tenani, ecc.), ed ho dovuto in tutti i casi asportarla in più lembi sia col tagliente sia colla trazione. Ho trovato di grande utilità riempire il campo operatorio intorno all'arteria con soluzione fisiologica sterile che permette di vedere galleggiare i lembetti di avventizia residui rimasti aderenti all'arteria e di fare così una simpaticectomia completa.

Per togliere bene l'avventizia dalla parete posteriore dell'arteria è necessario sollevare un poco il vaso ed anche girarlo un poco intorno a sè stesso prima da una parte e poi dall'altra; per raggiungere questo scopo si può, come consiglia Tanasescu, passare sotto l'arteria una striscia di garza; a me hanno corrisposto meglio due piccoli uncini ottusi coi quali l'aiuto può sollevare assai bene il vaso ed anche rotarlo leggermente in un senso e nell'altro. Ho asportato in tutti i casi da 6 ad 8 cm. di lunghezza di tunica avventiziale. Il pericolo più grave non è quello di ledere completamente la parete arteriosa fino al lume

vasale (pericolo che con un poco di attenzione è facile a evitare), ma quello di strappare qualche piccolo ramuscolo non considerato nemmeno nei trattati di Anatomia rasente alla parete dell'arteria in modo che questa viene a presentare un piccolo foro che si può considerare come una ferita parziale vera e propria del vaso.

Questo accidente mi è capitato una volta: mentre l'aiuto faceva la compressione digitale sulla arteria sopra e sotto la ferita, io ho chiuso questa con un punto di sutura passato con ago e filo di Carrel che quando si posseggono è bene tener pronti: del resto possono servire egualmente bene dei fini aghi cilindrici da sutura intestinale. La sutura parietale della femorale non ha prodotto nessuna conseguenza. Talvolta anche i vasa vasorum lesi durante la decorticazione dànno un'emorragia a nappo piuttosto abbondante: in tal caso però è sempre facile arrestarla colla compressione mediante tamponi imbibiti di soluzione fisiologica calda. Completata la decorticazione e fatta l'emostasi, suturavo i tessuti con 2 piani di sutura uno profondo col catgut ed uno cutaneo con seta.

Conseguenze fisiologiche della simpaticectomia periarteriosa. — L'arteria femorale in tutti i casi da me operati si è contratta sempre notevolmente non solo nel tratto decorticato ma anche a monte e a valle.

La pressione del polso alla pedidia era notevolmente più bassa dal lato operato che dall'altro lato e tale diminuzione di pressione durava 12 ed anche 18 ore; poi essa tornava al normale.

Parallelamente alla pressione si comportava la temperatura locale che dapprima diminuiva in modo tale da essere facilmente riconoscibile la differenza al termotatto fra i due lati e poi tornava ad aumentare.

Questi tre fenomeni, costrizione arteriosa, diminuzione transitoria della pressione arteriosa e della temperatura, sono stati facilmente rilevabili in tutti e 5 i casi operati.

Soltanto in due casi (III e IV caso) invece ho osservato le modificazioni di colore della cute della gamba e del piede: pallore cioè dapprima e poi lieve cianosi che però non si è protratta molto a lungo e dopo 5-10 giorni al massimo era del tutto scomparsa: negli altri casi in cui era presente, come ho detto, le modificazioni del polso e della temperatura locale, non si manifestarono modificazioni del colorito cutaneo.

Effetti terapeutici della simpaticectomia periarteriosa. — Come si rileva dagli uniti riassunti delle storie cliniche, in un primo tempo gli effetti terapeutici sono stati veramente ottimi. Le quattro ulcere perforanti idiopatiche sono tutte cicatrizzate ed in un tempo relativamente breve di 20-27 giorni. L'ulcera varicosa che era vasta, e non era guarita malgrado numerosi interventi, cicatrizzò anche essa ma soltanto dopo sei mesi.

Se si può con quasi assoluta certezza attribuire la cicatrizzazione delle ulcere perforanti alla simpaticectomia dato il poco tempo trascorso fra operazione e guarigione durante il quale non fu applicata nessuna altra cura, non posso con altrettanta certezza attribuire la guarigione dell'ulcera varicosa soltanto alla simpaticectomia, perchè fra questa e la cicatrizzazione decorsero sei mesi durante i quali l'infermo stette in un relativo riposo e gli furono fatte delle medicature locali.

Se i risultati immediati sono stati buoni non posso dire altrettanto dei risultati lontani: quattro delle cinque ulcere trofiche sono recidivate; in una sola la guarigione persiste da 17 mesi. La cicatrizzazione dell'ulcera varicosa persiste da circa 10 mesi.

Non saprei dire da che cosa dipendono questi diversi risultati: posso escludere che ne sia causa la tecnica operatoria seguita perchè questa è stata identica in tutti i casi. Forse bisognerebbe prendere in considerazione delle cause predisponenti individuali oggi difficili a precisarsi.

RIASSUNTO DEI CASI CLINICI.

I e II CASO. — Infermo S. D., anni 48, venditore ambulante di giornali. Ospedale San Giacomo, II Reparto, Scheda n. 602. Ulcera perforante idiopatica della regione plantare destra. Ulcera perforante idiopatica della regione plantare sinistra (Iperidrosi).

17 aprile 1923. — Anestesia locale novocainica. Simpaticectomia periarteriosa della femorale destra nel triangolo da Scarpa per un tratto di 6 cm.: durante la resezione si strappa una piccolissima collaterale alla sua origine: sutura della piccolissima lesione con un punto di Carrel.

27 aprile 1923. — Anestesia locale novocainica. Simpaticectomia periarteriosa della femorale sinistra nel triangolo di Scarpa per un tratto di 7 cm.

14 maggio 1923. — Il paziente esce dall'ospedale. Guarigione completa delle due ulcere perforanti. Persiste inalterata l'iperidrosi.

18 maggio 1923. — Il paziente rientra all'Ospedale: presenta due piccoli ulcerazioni sul dorso del 2° e del 3° dito del piede destro che sono a martello; dice di essere tornato al suo mestiere e di avere usato delle scarpe molto strette. Riposo in letto: impacchi asettici.

20 giugno 1923. — Le ulcere del dorso delle dita sono guarite. Persiste la guarigione delle ulcere perforanti. L'iperidrosi è inalterata.

22 ottobre 1923. — L'ulcera del piede destro è del tutto guarita. L'ulcera del piede sinistro si è riaperta ed è della grandezza di una testa di spillo.

20 maggio 1924. — L'infermo torna a farsi vedere. Ambedue le ulcere si sono riaperte, si sono infettate ed hanno dato luogo a linfangioite dei 2 piedi e delle 2 gambe.

5 giugno 1924. — L'infezione è guarita. Le 2 ulcere permangono immutate.

III CASO. — Infermo Q. L., anni 41, vignarolo. Ospedale San Giacomo, II Reparto, Scheda n. 716. Ulcera perforante idiopatica della regione plantare sinistra.

8 maggio 1923. — Anestesia locale novocainica. Simpaticectomia periarteriosa della femorale sinistra nel triangolo di Scarpa per un'estensione di 8 cm.

25 maggio 1923. — L'infermo vuole uscire dall'Ospedale di sua volontà. L'ulcera plantare è quasi completamente cicatrizzata.

22 ottobre 1923. — L'ulcera è cicatrizzata.

10 ottobre 1924. — Permane la guarigione dell'ulcera.

IV CASO. — Infermo T. G., anni 64, usciere. Ospedale San Giacomo, II Reparto, Scheda 644. Ulcera perforante idiopatica della regione plantare sinistra.

8 giugno 1923. — Anestesia locale novocainica. Simpaticectomia periarteriosa della femorale sinistra nel triangolo di Scarpa per un'estensione di 6 cm.

30 giugno 1923. — L'ulcera è completamente cicatrizzata.

10 ottobre 1924. — L'ulcera è riaperta e presenta le stesse dimensioni che aveva prima dell'intervento. Il paziente dice che l'ulcera si è riaperta da più di un anno vale a dire da circa tre mesi dopo l'intervento.

V CASO. — Infermo R. S., anni 55, venditore ambulante. Ospedale San Giacomo, II Reparto, Scheda 721. Vasta ulcera varicosa dei 2/3 inferiori della gamba destra. (L'infermo era stato già operato di Safenectomia alla coscia e di Incisione alla Mariani).

10 luglio 1923. — Anestesia locale novocainica. Simpaticectomia periarteriosa della femorale destra nel triangolo di Scarpa per un'estensione di 7 cm.

15 ottobre 1923. — L'ulcera è diminuita di volume.

20 gennaio 1924. — L'ulcera è cicatrizzata completamente.

10 ottobre 1924. — Persiste la guarigione dell'ulcera.

OSPEDALE CIVILE S. MARIA DEI BATTUTI
S. VITO AL TAGLIAMENTO.
DIVISIONE CHIRURGICA

Rianimazione del cuore con iniezione intracardiaca di adrenalina per sincope in corso di rachianestesia.

Dott. PIERO MASOTTI, chirurgo primario, direttore.

Verso le ore 7 ant. del 5 marzo 1924, veniva trasportato in Ospedale il nominato Gr... Giovanni, di anni 68, di Arzene, affetto dalle primissime ore di notte, da voluminosissima ernia inguino-scrotale, destra, strozzata.

Narra che essendo stata sua moglie colta da emorragia cerebrale, nel soccorrerla, sostenerla e coricarla sul letto, essendo solo in casa, fatto degli sforzi enormi, fuoriuscitagli l'ernia, non era stato più in grado di ridurla, per quante manovre avesse tentato. Decessa la moglie, spossato ed impressionato per la repentina morte, dolorando per la massa erniata, attese l'alba per chiamare soccorsi dai vicinanti ed alla fine visitato dal sanitario, inviato da noi per la cura del caso.

Confermata la diagnosi, tenuto calcolo delle sue condizioni generali e dell'abbattimento morale, praticategli iniezioni eccitanti, proposto l'intervento, preparatolo come di regola, lo si trasporta in camera operatoria.

Alle ore 8 si passa alla rachianestesia, con soluzione di novocaina centgr. 8 ed adrenalina clor. 1 p. 1000 cmc. 1, di poi si prepara il campo operativo alla Grossich e già si sta per incidere la cute, quando il paziente accusa un senso di ambascia: diventa pallido, la respirazione si rallenta e gradatamente si affievolisce mentre il polso si fa filiforme e tende a scomparire; si praticano subito iniezioni di caffeina, etere; inalazioni di ossigeno e si inizia la respirazione artificiale.

Le condizioni si vanno aggravando; le pupille si dilatano, insorge vomito caffeano; il polso ed il battito cardiaco si rendono impercettibili. Nulla si ottiene e considerando ormai perdute le speranze, ricorro all'iniezione intracardiaca di soluzione di adrenalina. Non volendo lasciar trascorrere altri preziosi momenti, prendo l'ago cannula, lo innesto alla siringa, già usata per la rachipuntura: aspiro 10 cmc. di soluzione di adrenalina al p. 1000 e fatta disinfettare la regione cardiaca, a livello del 4° spazio intercostale, subito al di sopra della 5ª costa, lateralmente al margine sternale, infiggo l'ago e raggiungo la massa muscolare del ventricolo sinistro. Ho la precisa sensazione di essere nella cavità cardiaca ed inietto senz'altro la sostanza medicamentosa, per nulla preoccupandomi della dose, tanto più che poco danno avrei potuto arrecare al paziente, già quasi inanimato.

Disinnestata la siringa dall'ago, mentre a sua volta faccio per ritrarlo, noto una leggerissima oscillazione; faccio osservare il fatto al mio aiuto: rapidissima ne accade una seconda: tolgo subito l'ago e faccio riprendere la respirazione artificiale.

Immediatamente l'aspetto generale dell'individuo si modifica, il battito cardiaco ed il polso riappaiono percettibili e frequentissimi; la respirazione spontanea si ristabilisce dapprima irregolarmente, poi poco per volta prosegue regolarizzandosi. Le pupille tornano reagenti agli stimoli luminosi: si restringono, nello stesso tempo che la respirazione e la circolazione si normalizzano.

Venti minuti dopo l'iniezione intracardiaca le condizioni del paziente sono di molto migliorate; risponde alle domande che gli si rivolgono e si meraviglia di non essere ancora nel suo letto; di nulla ricordandosi di quanto gli accadde. Il polso si porta ad 80 p. al minuto; la respirazione è normale, cosicchè si decide di compiere l'atto operativo che riesce rapido e senza alcun altro inconveniente.

Il decorso post-operatorio, all'infuori di qualche disturbo nervoso, fu normale: nè il polso, nè il respiro presentarono alterazioni, o modificazioni, le funzioni renali si stabilirono normali sino dal primo giorno ed i ripetuti esami chimici dell'orina nulla fecero osservare.

L'infermo guarì per prima intenzione ed il 27 marzo lasciò l'Ospedale completamente ristabilito. Ebbi occasione più volte di rivederlo e sempre lo trovai in ottime condizioni, senza alcuna postuma sofferenza.

Nel caso che ho creduto esporre, vi sono alcuni fatti (età, condizioni generali, dose di farmaco) che meritano a mio avviso, la nostra attenzione e siccome il metodo dell'iniezione intracardiaca di adrenalina comincia ad apparire nei giornali medici e ad essere applicato, credo utile far qualche considerazione, tanto più che esso costituisce un prezioso aiuto e deve esser tenuto presente nella pratica.

Nell'arresto primitivo del cuore, accidente imprevedibile, efficace aiuto, lo apporta la respirazione artificiale e poichè l'arresto della respirazione precede quello del cuore, è sul cuore stesso che devesi agire rapidamente. L'arresto totale della circolazione, non dovrà durare più di qualche minuto, perchè non sorgano lesioni irreparabili dei centri nervosi.

I moderni lavori di fisiologia addimostrano che tra la morte apparente del cuore — scomparsa del polso — e la morte reale, trascorre un certo intervallo che permette di tentare la reviscenza dell'organo: la iniezione intracardiaca può essere dunque preziosa, se praticata appunto in questo frattempo, che Batelli, Crile, Cheinisse affermano non debba oltrepassare i 10 minuti per ottenere esiti favorevoli e duraturi; purtuttavia Walz (1922) afferma aver ottenuta la ripresa immediata delle contrazioni cardiache con una iniezione di 1 cmc. di adrenalina, in un ragazzo quattordicenne, dopo che per 40 minuti indarno aveva praticata la respirazione artificiale e massaggio precordiale.

I risultati che si ottengono con le su dette iniezioni, dipendono però molto dalla specie, dalla forma, dal quadro della lesione che ebbe a determinare la indicazione di un rimedio così eroico. Si comprende perciò che costituiscono le indicazioni più precise: le sincopi da narcosi cloroformica, da rachianestesia, da grandi emorragie, da collasso traumatico, asfissia. In medicina interna l'indicazione generale del metodo è costituito dalle gravi, acute debolezze cardiache per lesione cardiaca, o dei vasi, o per infezioni, sempre che gli altri mezzi non abbiano dato alcun risultato e che il cuore abbia qualche forza di riserva (Schulze).

La dose da iniettarsi varia per Lenormant da 1 a 2 cmc. e può ripetersi più volte, se necessario. Toupet usò in un caso gravissimo 6 mmgr. di soluzione: Crile da 10 a 20 mmgr.: noi iniettammo 10 cmc., persuasi che tale dose di farmaco, riuscisse più che inutile al paziente.

Ogni pericolo è dovuto esclusivamente ad errore di tecnica. Mai furono segnalati accidenti consecutivi alla puntura del cuore: la punta resiste anche nel cuore fisiologicamente anormale; soltanto non è consigliabile la iniezione nell'acme febbrile (Musella).

Toupet afferma che all'autopsia di soggetti decessi per altre cause mai fu trovata traccia della puntura cardiaca.

I soli disturbi segnalati e che noi pure avemmo modo di osservare nella prima giornata nel nostro operato, furono di indole nervosa, siccome confusione mentale; agitazioni; stato di subcoscienza; ma tali fatti debbono essere messi in rapporto all'ischemia temporanea dei centri nervosi e non dovuti all'azione dell'adrenalina (Baumann-Frenzel).

Da quanto venne pubblicato, massimamente in Germania, America, Francia, appare indiscussa l'azione dell'adrenalina sull'arresto del cuore. Per la semplicità, per la efficacia ed innocuità l'iniezione di adrenalina intracardiaca deve esser fatta subito al primo momento della sincope, costituendo un mezzo terapeutico praticamente semplice ed attuabile.

S. Vito, settembre 1924.

BIBLIOGRAFIA.

Rinascenza Medica, Napoli, 15 aprile 1924, n. 8, marzo 1924, n. 5.
Policlinico, Sez. Pratica, 1922, n. 5-22, pag. 172-730.
Farmacologia Sperimentale di MEYER-GOTTLIEB, Vallardi, Milano 1915.
KOTHE. Zentralbt f. chir., 1907.
BOL. Ther. d. Gegenw., febb. 1909.
MOCQUOT. *Réanimation du coeur.* Rev. de Chirurgie, 1909.
LENORMANT-RICHARD. La Presse médicale, n. 22, 15 marzo 1924.
PETIT-DUTAILLIS. *La réanimation du coeur, ecc.* Journal de Chirur., 1923, n. 6.
TOUPET. *Traitem. des sincopes.* Anesthés. Iniection intracard. adrenaline, Bull. et Mém. de la Soc. de Chirur., 5 dicembre 1923.
WALZ. Klin. Wochens., 1922, n. 20.

COMMENTI.

ISTITUTO DI IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
diretto dal prof. ERNESTO BERTARELLI.

Risposta alla critica fatta ai metodi moderni di ricerca del bismuto nei liquidi organici.

Nota del prof. DOMENICO GANASSINI.

Il dott. D. Amodei (1) si è occupato in modo particolare della ricerca del bismuto nei liquidi organici e comincia col ricordare i metodi antichi per la ricerca di questo metallo e viene quindi a parlare di quelli moderni che furono proposti dall'Aubry, dal Dezani e da me.

L'Autore, come appare fin dal principio del suo lavoro, si erige a difensore del metodo Aubry e fa quindi una critica a fondo e severa ai metodi da me escogitati, mentre non si occupa che brevemente del metodo Dezani, che ritiene inferiore al mio.

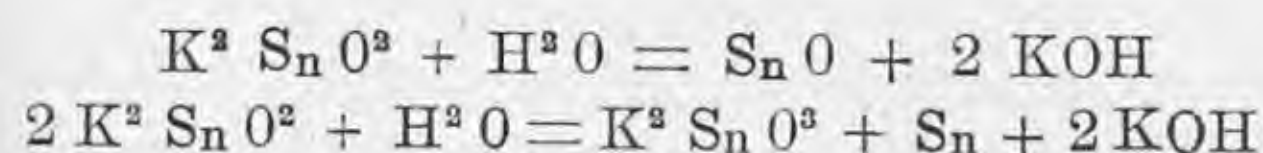
L'Amodei muove ai miei metodi due gravissime obbiezioni:

1) scarsa sensibilità del reattivo;

2) non specificità della reazione.

Ora che la semplice e rapida reazione degli stanniti alcalini (che è certamente sensibilissima per comune consenso di tutti i chimici) da me scelta ed eseguita direttamente sull'orina per la ricerca del bismuto perda un po' della sua squisita sensibilità è già stato da me rilevato e ripetuto. L'Autore però aggiunge che la reazione riesce nettamente positiva anche in assenza di bismuto colle orine normali. Questa affermazione non corrisponde alla verità dei fatti; eccezionalmente soltanto il precipitato ottenuto collo stannito di sodio, in certe orine normali, può diventare, quando si aspetti ad osservarlo fino a mezz'ora, di colore leggermente brunastro, ma non mai nero o grigio come in presenza di bismuto. Ad ogni modo per eliminare i dubbi basterà osservare subito il precipitato prima che si sia deposto raccogliendolo o su filtro o per centrifugazione, questo precipitato sarà biancogiallognolo nelle orine normali, grigio o nerastro in presenza di bismuto.

Però se non si osservano alcune particolari precauzioni, si può talvolta andare incontro ad errori. Ho rilevato che non bisogna dimenticare che qualche volta in certe condizioni, non sempre ben precisabili, di solito quando non si abbia l'avvertenza di impedire il riscaldamento del liquido o di aggiungere rapidamente la soda caustica al cloruro stannoso, già aggiunto alla orina, si può precipitare un po' di ossido stannoso nero o di stagno grigio e simulare così in una orina la presenza del bismuto che è assente.

$$K^2\,S_n\,O^2 + H^2\,O = S_n\,O + 2\,KOH$$
$$2\,K^2\,S_n\,O^2 + H^2\,O = K^2\,S_n\,O^3 + S_n + 2\,KOH$$

Pertanto allo scopo di impedire che questo inconveniente si verifichi, io ho recentemente consigliato di operare in queste nuove condizioni:

A cmc. 10 dell'orina in esame si aggiunge un cmc. di soluzione di cloruro stannoso al 10 %, quindi si versa la miscela rapidamente in 10 cmc. di soda caustica al 5 %, si agita e si osserva subito il precipitato raccolto su filtro o deposto per centrifugazione. In presenza di bismuto anche in traccie il precipitato sarà grigio o nero, in assenza di bismuto sarà tutt'al più giallastro.

L'Amodei afferma poi che la mia reazione degli stanniti eseguita direttamente sopra la saliva o sul liquido cefalo-rachidiano, tanto in assenza come in presenza di bismuto, determina sempre la formazione di un precipitato biancastro del tutto eguale in entrambi i casi.

Ciò è semplicemente contrario alla verità dei fatti; lo dimostrano i risultati negativi ottenuti da vari Autori.

A riguardo poi del mio secondo metodo molto sensibile di ricerca del bismuto nelle orine l'Amodei dice che, a suo modo di vedere, io non riesco per nulla a renderlo specifico e sensibilissimo, conclude quindi rapidamente coll'affermare che il mio metodo non è assolutamente attendibile.

Devo confermare che questa reazione oltre ad essere sensibilissima è anche assolutamente specifica, come ho insistito nei miei lavori sull'argomento, per comune consenso di tutti i chimici. A proposito di questa reazione gioverà ripetere la affermazione del Fresenius *très caractéristique et très sensible* e quella di Thomas e Gauthier *c'est la reaction la plus caractéristique du bismuth.*

Può essere permesso di discutere il grado di sensibilità che questa reazione può acquistare, quando sia applicata direttamente nei liquidi organici alla ricerca del bismuto, ma non certo la sua specificità.

Il collega Dezani, a riguardo dei miei metodi, ha sostenuto con me una polemica con molta serenità e cortesia. Ora se l'Amodei avesse presa visione di quello che noi abbiamo pubblicato sull'argomento, forse non avrebbe fatto una critica così severa ai miei metodi ed avrebbe tenuto conto delle gravi obbiezioni che noi abbiamo fatto al metodo Aubry.

L'Autore attribuisce i falsi risultati ottenuti col metodo Aubry soltanto alla scarsa purezza delle

(1) *Il Policlinico*, fasc. 44, 3 nov. 1924, pag. 1427.

sostanze che servono a preparare il reattivo e cioè, all'eccesso dell'acido nitrico ed alla presenza di acido nitroso e più specialmente al modo di evaporare i liquidi o di riprendere il bismuto dal residuo.

Ora queste cause di errore sono a confronto di altre più gravi, non ricordate dall'Autore, molto lievi e si possono facilmente evitare.

L'Amodei rileva che il reattivo Leger Aubry presenta un inconveniente, quello cioè di dover essere preparato al momento alterandosi esso in poche ore. L'alterazione, dice l'Autore, si rende palese con la formazione di un lieve precipitato rossastro che rende inadoperabile il reattivo ed afferma che essa è dovuta al fatto *che lo iodio del ioduro di potassio in presenza di chinina in ambiente acido precipita assumendo una colorazione rossastra.* Ma non è lo iodio che precipita assumendo una colorazione rossastra, veramente strana, ma è lo iodio che in presenza di acido iodidrico precipita la chinina sotto forma di combinazione periodata.

Ora la messa in libertà di iodio nel reattivo è favorita dall'ambiente acido, perchè l'acido iodidrico è facilmente ossidato anche dall'ossigeno atmosferico, quindi la modificazione suggerita dall'Amodei di preparare il reattivo con la glicerina senza acidi è utile per la conservazione del reattivo stesso, alla condizione però che il ioduro di potassio sia purissimo e precisamente esente da iodati, impurezza frequentissima, di cui l'Amodei non si preoccupa affatto, mentre è la causa di trovare il bismuto che non c'è.

A proposito delle precauzioni da prendere nella calcinazione delle sostanze organiche che costituiscono il residuo secco delle orine e che si rende necessaria per applicare il metodo Aubry, l'Amodei osserva che è una operazione delicata che dispone ad una perdita di bismuto, che si volatilizza sotto forma di ossido per la durata della elevata temperatura a cui si deve ricorrere. Per evitare questa perdita, l'Autore consiglia di fare la calcinazione in crogiuolo munito di coperchio che chiuda quasi ermeticamente. L'ideale, dice l'Amodei, sarebbe quello di fare prima la carbonizzazione in capsula di porcellana e di continuare poi l'incinerazione in capsula di platino chiusa ermeticamente, *ma reagendo il platino col bismuto*, continua l'Autore, ciò non è possibile, è invece utilissimo adoperare un crogiuolo di quarzo.

Certamente la calcinazione del residuo della carbonizzazione di liquidi organici animali, è una operazione molto delicata, ma è anche penosa e molto difficile, diventa poi difficilissima, anzi impossibile, se condotta in crogiuolo munito di coperchio che chiuda ermeticamente, essendo impedito l'accesso dell'ossigeno atmosferico che deve bruciare il carbone.

È giusto che il crogiuolo di platino si debba scartare, il platino non reagisce col bismuto, come vuole l'Autore, ma forma una lega fusibile e poi i fosfati delle orine sotto l'azione riducente del carbone ad alta temperatura mettono in libertà del fosforo che forma col platino un fosfuro facilmente fusibile. È difficile poi anche coprendo il crogiuolo con coperchio evitare le perdite di bismuto.

Dalle ceneri bianche, quando si è fortunati di ottenerle, dice l'Autore, l'estrazione del bismuto con qualche cmc. di acido nitrico diluito al 10 per cento a caldo è un gravissimo errore, perchè col riscaldamento si provoca la formazione di acido nitroso, a cui segue un precipitato rosso-mattone coll'aggiunta del reattivo.

A questo proposito io mi permetto di osservare che questo gravissimo errore si può evitare facilmente scacciando l'acido nitroso con una sufficiente ebullizione della soluzione nitrica delle ceneri, la quale raffreddata e provata prima dell'aggiunta del reattivo con una cartina amido-iodurato, non dovrà dare più colorazione azzurra.

Il consiglio dato, dall'Amodei di far uso invece di acido nitrico diluito al 10 per cento a freddo non evita l'errore gravissimo, anzi si va incontro più facilmente a provocare la messa in libertà di acido nitroso per presenza frequente nelle ceneri delle orine di traccie di nitriti di solfuri, ecc.

Del resto cogli accorgimenti di tecnica consigliati dall'A. non si evitano tutte le cause di errore del metodo Aubry, le più gravi sono purtroppo dimenticate:

1) Anche durante la carbonizzazione si formano degli acidi pirogenici che possono trasformare in tutto od almeno in parte il bismuto presente in cloruro, che facilmente si volatilizza, anche a temperatura non molto elevata.

2) La presenza di composti di ferro, sia pure in tracce nelle orine, che nelle ceneri si trovano poi sotto forma di fosfato ed ossido ferrico, possono passare in soluzione almeno in parte anche nell'acido nitrico al 10 per cento freddo sotto forma di nitrato ferrico, per cui dal reattivo Leger si mette in libertà iodio e si ha reazione positiva anche in assenza di bismuto.

3) La presenza di cloruri nelle ceneri coll'acido nitrico al 10 per cento può lar luogo, anche a freddo, a messa in libertà di traccie di composti nitrosi e di cloro, per cui al solito nel reattivo si sposta dello iodio e si ha reazione positiva anche in assenza di bismuto.

4) Se esistono poi per caso nelle ceneri traccie di arseniati, antimoniati, ossido di rame, ar-

gento, ecc., si può avere pure reazione positiva in assenza di Bi.

Anche il metodo di distruzione delle materie organiche consigliato dall'Amodei, con acido solforico non elimina tutte le cause di errore ora lamentate, senza dire che l'evaporazione dell'acido solforico concentrato presenta l'inconveniente di spandere nell'ambiente dei densi fumi bianchi irritantissimi, ciò disturba e diminuisce sempre più la praticità del metodo. Dunque l'affermazione dell'Amodei, che gli Autori che hanno detto essere il metodo Aubry assolutamente aspecifico, devono essere caduti in uno degli errori da lui indicati, non può essere accettata, perchè non conforme alla verità dei fatti. Io sono uno di questi Autori, anzi il primo, e pur tuttavia sono sicuro di non essere caduto in errore, anzi ritengo di essere nel vero tornando ad affermare che il metodo Aubry si basa sopra una reazione assolutamente non specifica, è poco pratico, presenta molte cause di errore e conduce quindi molto spesso a risultati falsi.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Una nuova malattia epidemica.

Una nuova malattia epidemica con sintomi predominanti nel sistema nervoso centrale, si è avuta nella scorsa estate al Giappone, dove, fino al 5 settembre, erano stati denunciati 4274 casi; altri 1609 ne vennero denunciati nei 10 giorni seguenti ed altri 668 nelle seguenti due settimane.

Il carattere esplosivo dell'epidemia e la sua intensità sono del tutto differenti da quelli delle epidemie di encefalite letargica osservate finora e ricordano il modo di comparsa di alcune delle più gravi epidemie di poliomielite acuta. La morbosità è stata del 3 % circa nella provincia di Kagawa, che era la più affetta. Assai elevata è la letalità, che raggiunge il 54,85 %; essa è più elevata che quella della encefalite letargica ed anche di quella media della poliomielite, avvicinandosi a quella della meningite cerebro-spinale epidemica.

Dal punto di vista epidemiologico, è interessante notare che, analogamente a quanto si osserva per la poliomielite, è raro trovare più di un caso nella stessa abitazione, anche nei periodi di maggiore intensità dell'epidemia. Le misure profilattiche adottate sono state quelle in uso per la meningite cerebro-spinale epidemica. La morbosità aumenta con l'età e così pure la mortalità che, oltre i 50 anni, arriva a 85-93 %. La malattia avrebbe preferenza per il sesso maschile.

I sintomi sono i seguenti.

La malattia si inizia con un'elevazione brusca della temperatura, senza prodromi, salvo talvolta leggera cefalea, insonnia e malessere. In uno o due giorni, si arriva a 39°, 40° ed anche 41°; compaiono nausee, vomiti, anoressia, insonnia.

Nei casi appartenenti ad un primo tipo, la temperatura, dopo essere rimasta parecchi giorni a 39°-41°, discende per lisi, per ritornare normale verso il 10°-15° giorno dall'inizio; molti malati però soccombono prima che incominci la discesa della temperatura. In un altro tipo, a cui appartengono casi leggeri e gravi, la temperatura cade bruscamente verso la fine della prima settimana. Il polso è raro, relativamente alla temperatura, senza raggiungere la bradicardia della tifoide; il respiro è di poco accelerato.

È molto colpito il sistema nervoso. Manifestazioni spastiche delle estremità; Kernig fortemente positivo, mancanza di Babinski e di Oppenheim. Sussistono i riflessi cutanei. Pupille normali per dimensione e per reazioni; non si ha nistagmo, nè paralisi della muscolatura intrinseca dell'occhio.

Uno dei sintomi predominanti è la perdita della conoscenza. Nei casi gravi, con alta temperatura, il malato può cadere in uno stato comatoso, talora accompagnato, sul principio, da delirio, che può anche comparire invece al 2°-3° giorno. Tale perdita di conoscenza non è assoluta, trattandosi piuttosto di uno stato di sonnolenza profonda, durante il quale il malato è capace di reagire quando gli si rivolgono domande semplici e può prendere il cibo. Nei casi gravi, sopravviene la morte senza che il malato abbia ripreso conoscenza; negli altri, questa riappare con la caduta della temperatura.

Lingua saburrale e secca; ai polmoni, si osservano ipofonesi e leggeri sintomi pneumonici posteriormente. Frequente la ritenzione di urina ed una leggera albuminuria; esiste, di solito, costipazione. Fegato e milza non palpabili.

Il liquido cefalo-rachidiano è limpido, con 10-40 linfociti e pressione variabile; reaz. di Nonne-Appelt talvolta, all'inizio, positiva. Nel sangue, i leucociti sono 10-12,000, con aumento dei polinucleari neutrofili (fino a 93 %) e diminuzione dei linfociti (fino a 4 %); tasso emoglobinico 70-92 %. Wassermann negativa.

Le ricerche batteriologiche sono state tutte negative. Con i filtrati a traverso le Chamberland L. 3, si riproduce la malattia nei conigli, mediante l'iniezione sotto la dura madre. Dopo un'incubazione di 2-3 giorni, si ha febbre, perdita di appetito, immobilità; al 3°-5° giorno compare la paralisi del treno posteriore.

Quando la malattia non abbia esito letale, in genere la guarigione interviene fra il 10° e il 15° giorno e coincide con il declinare della febbre.

All'autopsia nei casi dell'uomo, si è trovata notevole congestione ed edema delle meningi. La base del cervello può presentare macchie opache; la dura madre è normale, la quantità del liquor non è aumentata. Salvo la iperemia, non vi sono alterazioni della corteccia. In qualche caso, si sono notate una o due macule emorragiche petecchiali sul pavimento del quarto ventricolo.

La malattia attacca specialmente gli individui oltre i 50 anni; non si è trovato nell'uomo un periodo di incubazione definito. I primi casi dapprima attribuiti ad encefalite letargica od a meningite, vennero osservati in luglio; il carattere epidemico si ebbe nel successivo mese di agosto.

Una malattia con sintomi molto simili a quelli descritti si è segnalata nel territorio della città libera di Danzica (Germania); dalla località ove sono stati riscontrati in maggior numero i casi ha preso il nome di malattia di Frisches Haff o semplicemente di Haff (Haffkrankheit). Su di essa non possediamo ancora dettagli.

Questi dati sono consegnati nel Rapporto epidemiologico mensile della Società delle Nazioni (Rapport épidémiologique mensuel, n. 72) e nel Bollettino delle Malattie infettive all'Estero della Direzione Generale della Sanità Pubblica (1924, n. 10-11). [Sappiamo che la Direzione Generale della Sanità, preoccupata della possibile importazione e diffusione di malattie epidemiche in occasione dell'Anno Santo, ha mandato a Danzica il direttore dei Laboratori della Sanità, prof. Gosio, perchè studi sul posto la malattia di Haff].

fil.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

Recenti tentativi di terapia neurologica.

(H. J. MACBRIDE e E. A. CARMICHAEL. *Lancet*, 8 novembre 1924).

Fra i recenti tentativi di terapia delle malattie nervose, gli AA. citano i seguenti:

1) *Il vaccino tifico nella sclerosi disseminata.* L'applicazione venne fatta dapprima nella clinica di W. Jauregg a Vienna, dove si pensava che la sclerosi disseminata fosse dovuta a qualche infezione intestinale; il vaccino più attivo, fra i diversi tentati, fu trovato quello tifico. Si fanno 8-12 iniezioni endovenose ad intervalli di 1-3 giorni, tentando, se è possibile, di ottenere ogni volta un aumento di temperatura fino a 37°.8, ciò che si verifica, di solito, entro poche ore, con il ritorno alla norma dopo 12 ore. Nella prima iniezione, si danno 25 milioni, aumentando poi la dose, fino ad arrivare a 400 milioni.

Il trattamento, combinato con le iniezioni di salvarsan argentico, dà luogo in parecchi casi a buone remissioni; poco influenzata è la spasticità nei casi antichi. Gli AA. hanno anche introdotto il vaccino per via sottocutanea, con le stesse dosi, non ottenendo alcuna elevazione di temperatura. Entrambi i pazienti così trattati, che non potevano camminare nè sedersi sul letto senza aiuto, possono ora camminare; la spasticità è di molto ridotta. Questi risultati, veramente buoni, dimostrano che l'innalzamento di temperatura non è un elemento necessario per la guarigione.

2) *Il salicilato di sodio nell'encefalite epidemica.* I tentativi fatti hanno dato risultati incoraggianti. Si usa una soluzione di 1 g. di salicilato di sodio in 5 cmc. di soluzione fisiologica; si fanno iniezioni endovenose giornaliere per sette giorni, incominciando con g. 0,5 di salicilato e crescendo gradatamente, fino a g. 2,5, dando così in totale 10 g. La serie delle iniezioni può essere ripetuta. Gli AA. hanno applicato questo trattamento in cinque casi acuti, di diversi tipi, ottenendone spiccati miglioramenti; diminuzione della sonnolenza, dei movimenti mioclonici, scomparsa dei dolori da neurite periferica e dei movimenti coreiformi. I miglioramenti si mantennero anche dopo parecchi mesi.

Meno evidenti sono stati i risultati in tre casi di sindrome parkinsoniana postencefalitica; in due di essi, però, si potè ottenere una scrittura leggibile ed una notevole riduzione della rigidità. Incoraggiati da tali successi, gli AA. tentano ora la cura nella corea del Sydenham.

3) *Trattamento della demenza paralitica con la malaria.* Il metodo, suggerito da Jauregg, fino dal 1887, consiste nell'estrarre 4 cmc. di sangue da un paziente con terzana lieve, non ancor chininizzato, iniettandolo nelle vene, o, meglio, sottocute nell'individuo con demenza paralitica. Si ha una temperatura irregolare per un tempo variabile da pochi giorni a due settimane, poi incominciano gli accessi con brividi; se ne lasciano venire 12, dopo di che, con una quantità sufficiente di chinino, si tronca la malaria. I risultati degli AA. non sono stati favorevoli, quanto quelli avuti da Jauregg, essendosi ottenute soltanto due remissioni su 18 casi. Non sarebbe quindi confermato l'ottimismo di qualche autore; ma si deve tener presente che, anche qualora le remissioni si osservassero soltanto nell'1 % dei casi, il metodo sarebbe tuttavia da consigliarsi, poichè in nessun altro modo, si può arrivare alla remissione. Cessata la febbre, sono consigliabili delle iniezioni di salvarsan, per migliorare lo stato anemico ed agire come coadiuvante.

4) *La riduzione del tremore nella paralisi agitante, con l'applicazione di stecche.* Si possono ottenere buoni risultati nella paralisi agitante idiopatica o postencefalitica, applicando delle stecche, le quali fissino la mano in deviazione radiale od ulnare. Si può fare la stecca con materiale leggero e farla fissare di tanto in tanto dallo stesso paziente, che, in tal modo, rimane di poco incomodato. Comunque, la lieve noia è di gran lunga compensata dal notevole miglioramento ottenuto per la riduzione del tremore.

5) *Le iniezioni ipertoniche nei tumori cerebrali e nelle crisi tabetiche.* È nota l'ostinatezza della cefalea nei tumori cerebrali. Gli AA. hanno trattato 12 casi di questi (2 endoteliomi e 10 gliomi), iniettando nelle vene 30 cmc. di soluzione di cloruro di sodio al 30 %. Ne segue una sensazione di bruciore in tutto il corpo, e la scomparsa della cefalea, che però, dopo 36 ore ritorna, ciò che rende necessario il ripetere l'iniezione ogni due giorni.

L'iniezione ha un'azione evidente di riduzione della pressione endocranica.

Analogamente vennero trattati 4 pazienti con neoplasma sottotentoriale. In ognuno di questi, si ebbe aumento della cefalea, ed in uno di essi, anche aumento della frequenza del polso e del respiro. Per la spiegazione di questo fatto, si deve ammettere che il liquor venga assorbito dalle meningi che ricoprono gli emisferi. In conseguenza della diminuzione della pressione esterna, il tumore sottotentoriale si ingrandisce ed ostruisce il deflusso interventricolare, provocando un idrocefalo relativo e la cefalea.

Nessun miglioramento si ottenne in un paziente acromegalico con ingrandimento della fossa pituitaria; e nemmeno in due casi di tumore pituitario (1).

Il metodo venne anche tentato nelle crisi gastriche e nei dolori della tabe. In quattro casi con crisi gastriche gravi, si ebbe l'immediata cessazione degli accessi; in uno, la cessazione si ebbe per tre volte, ma in seguito non si ottenne nessun effetto. In sei casi di dolori tabetici molto gravi, si ebbe l'immediata cessazione. L'iniezione della soluzione ipertonica provoca altresì una notevole riduzione dell'edema della papilla e dell'orbita.

FILIPPINI.

Le artropatie nervose.

(CH. ARCHARD. *Journal des praticiens*, 1924, nn. 43 e 44).

Tra le artropatie nervose la più comune è quella *tabetica*. Charcot, che fu il primo a descriverla, la riscontrò nel 10 % dei casi di tabe. Osservazioni fatte su più larga scala hanno ridotto questa proporzione al 4-5 %.

Sono colpite le grandi articolazioni e con quest'ordine di frequenza: ginocchio, spalla, piede, anca, gomito. Non mancano osservazioni di artropatie vertebrali.

Possono comparire in tutti i periodi della tabe, ma di solito in una fase precoce, preatassica. Talvolta anzi costituiscono l'unico sintoma della malattia.

Charcot rilevò che le artropatie tabetiche compaiono precocemente per lo più agli arti inferiori e tardivamente a quelli superiori, e mise questo fatto in rapporto con l'inizio abituale delle lesioni tabetiche alla regione dorso-lombare.

Quando sono multiple si ha spesso ma non costantemente simmetria.

L'artropatia tabetica può comparire improvvisamente, senza dolore e senza alcuna causa occasionale. L'articolazione si gonfia rapidamente, senza che la distensione provochi dolore di sor-

(1) A proposito di questo metodo di cura, ricordiamo i lavori di L. Ballif e M. Dérévici (*Soc. Roumaine de biologie*, luglio 1923), i quali indagarono le variazioni della concentrazione del cloruro sodico nel siero, nel liquor e nell'urina in seguito all'iniezione endovenosa di 100 cmc. di soluzione di cloruro di sodio al 30 % in 12 malati mentali. Risulta che il siero si arricchisce più del liquor in cloruro di sodio; si può quindi supporre che questo ceda acqua per rendere isotonico il plasma sanguigno, ricevendone in pari tempo dalla massa encefalica. La pressione del liquor subisce modificazioni variabili, ora nel senso dell'aumento ora della diminuzione. Si notano spesso, in seguito all'iniezione, emoglobinuria e disturbi di indole generale (nausee, vertigini, ecc.). La pratica delle iniezioni ipertoniche va quindi eseguita con molta cautela.

ta: fatto questo che ha notevole importanza diagnostica. La pelle è liscia, tesa, con le vene superficiali visibili e dilatate. Il gonfiore si diffonde oltre la regione articolare per buona parte dell'arto. Alla palpazione si constata trattarsi di un edema duro, pseudo-elefantiaco; le impressioni digitali non permangono. Talora si producono ecchimosi, ed anche eruzioni zosteriformi. Non v'è febbre, solo localmente talvolta si ha ipertermia. Tali caratteri sono affatto particolari, e consentono di distinguere subito l'artropatia tabetica da tutte le artriti acute infettive e dagli accessi acuti del reumatismo cronico.

Nell'articolazione può verificarsi il versamento di un liquido trasparente o siero-ematico o anche di sangue. Ma il gonfiore non è dovuto soltanto alla distensione articolare, ma anche e sopratutto ad un edema speciale.

Di solito l'artropatia regredisce, o meglio il liquido articolare o periarticolare si riassorbe più o meno lentamente. Ma dopo si constata che l'articolazione è rimasta gravemente lesa: le epifisi subiscono modificazioni di forma e di volume, i capi articolari sono dislocati, sono possibili movimenti anormali, mentre quelli normali non possono più eseguirsi. Tutte queste lussazioni sono indolori, e lo spostamento delle ossa attivo e passivo si fa con una facilità sorprendente, senza che si verifichino contratture nè retrazioni fibrose, come accade nel reumatismo cronico. Si constata anche amiotrofia, e forte rumore di scroscio.

Questa forma acuta con decorso rapido e con lesioni distruttive precoci è la più caratteristica, ma non la più frequente. Spesso l'inizio è meno improvviso, il gonfiore meno voluminoso, la distruzione meno estesa. Il decorso è subàcuto o anche cronico.

Inoltre al tipo atrofico, nel quale porzioni più o meno grandi di epifisi, di testa dell'omero o del femore, sono distrutte, si contrappone il tipo ipertrofico, nel quale l'aumento persistente del volume dell'articolazione è la conseguenza di produzioni ossee intorno all'estremità dell'osso. Questo tipo è più frequente al ginocchio, mentre all'anca ed alla spalla prevale il tipo atrofico. All'articolazione del piede la deformazione abituale è dovuta al tipo ipertrofico ed è carico più delle ossa che dell'articolazione propriamente detta. Il piede tabetico, descritto da Charcot e Féré presenta un'esagerazione della curva del collo del piede, appiattimento della volta plantare, inspessimento del margine interno e raccorciamento del piede. I movimenti dell'articolazione del tarso e dei metatarsi sono limitati.

All'autopsia si constata alle articolazioni affette un versamento sieroso, siero-fibrinoso o emorragico, corpi nuotanti nella capsula articolare, la quale è distesa e talora in parte scomparsa; i legamenti sono assottigliati e più o meno distrutti; la sinoviale può essere aderente.

Nella forma ipertrofica si trovano osteofiti, vegetazioni sessili o peduncolate, ed anche libere nella cavità. Ma sopra tutto le epifisi sono alterate: nella forma distruttiva sono in parte scomparse; l'osso può terminare a bacchetta di tamburo; il collo dell'omero e del femore possono essere decapitati e talvolta i residui della testa possono essere saldati alla cavità glenoidea o cotiloidea.

La tabe non è la sola affezione del sistema nervoso che conta le artropatie tra le sue manifestazioni. Anche nella *sinringomielia* si hanno lesioni articolari a caratteri anatomici e clinici analoghi: inizio brusco, idrartrosi ed edema periarticolare, medesime alterazioni delle ossa, medesime forme atrofica ed ipertrofica. Il dolore, notato da Strumpell, Sokoloff, Nersin, Schlesinger, è eccezionale. Spesso sulla parte colpita si constatano disturbi obiettivi della sensibilità, sotto forma di anestesia dissociata caratteristica della siringomielia.

Le artropatie siringomielitiche si verificano secondo varie statistiche nel 10-30 % di casi; ma poichè la tabe è molto più comune della siringomielia, quelle tabetiche si incontrano più frequentemente.

Contrariamente a quanto avviene nella tabe, nella siringomielia le artropatie, come del resto le fratture spontanee, si determinano per lo più agli arti superiori. Ciò in relazione al fatto che le lesioni siringomieliche si iniziano di solito nella regione cervicale del midollo spinale.

In tutte e due le affezioni possono verificarsi, non di rado, suppurazioni articolari: si tratta probabilmente di infezioni secondarie, che trovano nell'articolazione malata il luogo di minore resistenza.

Negli *emiplegici* si osservano con una certa frequenza artriti croniche con caratteri analoghi a quelli del reumatismo cronico e localizzate per lo più alla spalla. Hitzig le attribuisce a difetto di contenzione dei muscoli paralizzati ed al conseguente spostamento delle superficie articolari, Gilles de la Tourette invece le attribuisce all'immobilizzazione prolungata.

Nel *morbo di Basedow* si è spesso constatato il reumatismo deformante. Si sono osservate inoltre artropatie molto speciali: idrartrosi intermittente, *hydrops articulorum intermittens* di Moore, che da Schlesinger è considerato come un edema acuto angioneurotico.

Nelle *nevriti periferiche*, specie in quelle da lesioni di guerra, si assiste spesso ad alterazioni articolari, tumefazioni delle guaine tendinee e

deformazioni che somigliano a quelle del reumatismo cronico.

I fatti sopra esposti legittimano la domanda se nel reumatismo cronico, nodoso, deformante, il sistema nervoso non ha una parte dello sviluppo dell'artrite.

È questa un'opinione sulla quale parecchi autori hanno insistito. È una quistione che merita ancora discussione e studi, poichè vi sono fatti che depongono pro e contro la tesi. Ad ogni modo è da tener conto che le lesioni articolari della tabe e della siringomielia si distinguono nettamente da quelle del reumatismo cronico.

Charcot attribuì le artropatie tabetiche a disordini nervosi, Virchow, Volkmann, Strumpell le considerano come analoghe al reumatismo deformante. Altri autori le attribuiscono all'azione della sifilide; ma le artriti sifilitiche terziarie hanno caratteri differenti. Senza dire che la sifilide non interviene affatto nella patogenesi delle artropatie siringomieliche così esattamente simili a quelle tabetiche.

Barré ritiene che l'arterite sia la causa principale delle artropatie, e più particolarmente l'arterite sifilitica per quelle tabetiche. A tale ipotesi si può obbiettare che in nessun sifilitico, che non sia o diventi tabetico, si manifestano le caratteristiche artropatie, e che nella siringomielia non si constata arterite.

D'altra parte va rilevata che la sede delle artropatie, negli arti superiori nella siringomielia, in quelli inferiori nella tabe, depone per la influenza della lesione midollare nella patogenesi delle alterazioni articolari delle dette malattie. Tali artropatie hanno la stessa origine delle fratture spontanee e del mal perforante.

Volkmann sosteneva che l'incoordinazione motrice dei tabetici espone le articolazioni a scatti e distensioni, e che l'anestesia impedisce al malato di prendere le precauzioni per evitarli.

Déjerine suppose che l'artropatia fosse una conseguenza di una nevrite periferica dei nervi articolari: ma c'è da obiettare che lesioni articolari analoghe a quelle della tabe e della siringomielia non si hanno nella polinevrite, nè nella nevrite localizzata di qualsiasi natura.

Charcot l'attribuì a lesioni delle corna anteriori; altri à lesioni delle cellule della colonna simpatica intermediaria.

Il trattamento delle artropatie della tabe e della siringomielia si riduce a ben poco. Nella fase iniziale conviene il riposo e l'immobilizzazione per evitare le fratture e conseguentemente per rendere meno gravi le deformazioni. A tale scopo potrà anche tentarsi la puntura dell'articolazione per diminuire la distensione. Nel periodo successivo quando i danni ossei ed articolari sono definitivi ogni trattamento, compreso quello chirurgico, è inutile, trattandosi di fattti inemendabili.

DR.

CARDIOLOGIA.

La efficienza cardiaca.

(I. MEAKINS. *The Lancet*, 26 aprile 1924).

La circolazione del sangue è mantenuta dall'efficienza combinata del meccanismo cardiaco e vascolare. La forza della sistole è una condizione indispensabile per spingere nell'albero circolatorio una sufficiente quantità di sangue, ma un fattore non meno importante per mantenere il movimento del sangue sta nel tono vascolare. La costrizione pronunziata delle arteriole aumenta il lavoro del cuore e spesso conduce ad una deficiente circolazione attraverso i capillari. D'altra parte lo sfiancamento dei vasi periferici diminuisce la pressione vasale generale e contribuisce alla diminuzione della massa del sangue di ritorno al cuore.

I bisogni dell'organismo variano di molto nel lavoro e nel riposo, il che rende necessaria una certa elasticità funzionale della circolazione: il cuore ed i vasi devono avere un considerevole potere di riserva. La quantità di sangue circolante deve essere sempre sufficiente a garentire l'ossigeno necessario ai tessuti, che essi consumano in modo variabile in rapporto al loro grado di attività.

La deficienza cardio-vascolare si sviluppa quando a causa di disturbi circolatori questo compito non è assolto adeguatamente. Ciò può essere non direttamente dovuto ad insufficienza cardiaca, ma ad una notevole diminuzione del tono vasale. Il primo effetto di questo disturbo è la riduzione della quantità di sangue al cuore e quindi una deficienza dell'azione cardiaca. Qualunque sia la causa iniziale, nel cuore o nei vasi, il difetto di circolazione porta sempre allo stesso risultato: deficienza di ossigeno nei tessuti.

Le cause della insufficienza cardiaca possono essere raggruppate in tre classi: lesioni valvolari, insufficienza del miocardio, disordini del ritmo.

Le lesioni valvolari possono essere divise in due tipi principali, quelle che oppongono un impedimento alla libera propulsione del sangue, e quelle che consentono un certo rigurgito. Le affezioni del cuore destro che conducono a tali disturbi sono o congenite o secondarie a lesioni del cuore sinistro. Gli effetti del rigurgito, a meno che non sia molto pronunziato, possono essere compensati dalla ipertrofia o dalla dilatazione delle cavità. I sofferenti di tali lesioni possono compiere lavori anche faticosi senza avvertire disturbi di sorta. Viceversa le stenosi degli orifici

mitralico ed aortico possono condurre ad una considerevole incapacità fisica. I casi puri di stenosi aortica sono rari. Più frequenti sono quelli della mitrale. In quest'affezione la quantità di sangue che passa attraverso l'orifizio mitralico è così piccola, che il cuore per fornire la quantità di sangue necessaria all'organismo deve impiegare tutte le sue energie, esaurire tutte le sue riserve; perciò gli sforzi anche lievissimi, che corrispondono meno che all'attività normale dei sani, richiedono un notevole aumento dell'attività cardiaca.

Di maggiore importanza ancora sono i fatti dipendenti da disturbi dell'efficienza miocardica. Ogni condizione che ostacola il normale afflusso di sangue al miocardio o contribuisce a determinarne la degenerazione, provoca un difetto circolatorio.

Per quel che riguarda la prima condizione si possono avere disturbi per difetto quantitativo o qualitativo di irrigazione sanguina: si può avere afflusso di sangue quantitativamente normale e qualitativamente anormale e viceversa. Nel primo caso il sangue arterioso può avere un deficiente contenuto di ossigeno, come avviene nella pulmonite, nell'avvelenamento carbonico, nell'occlusione laringea, nell'enfisema, nell'anemia, ecc. Si tratta di una condizione pericolosa e producentesi acutamente: il miocardio è fortemente impacciato nel fornire il suo lavoro. Se il fatto persiste si determinano disturbi circolatori che producono un minore afflusso di sangue al cuore, per modo che la deficienza miocardica si aggrava anche per difetto quantitativo d'irrigazione sanguigna. L'inconveniente si può in parte ovviare somministrando ossigeno.

La irrorazione sanguigna del miocardio può essere quantitativamente difettosa per abbassamento della pressione aortica, per stenosi o embolia degli orifici coronari o dei rami principali delle coronarie. Se questa deficienza di afflusso sanguigno colpisce primitivamente il miocardio e non gli altri tessuti, i primi sintomi riguarderanno il cuore soltanto, si avrà l'*angina pectoris*.

In tutte le forme di disturbi del ritmo cardiaco v'è una più o meno cospicua riduzione del valore circolatorio. Nelle forme tachicardiche, nella fibrillazione auricolare, ecc., il ventricolo può contrarsi molte volte senza un adeguato contenuto, per modo che il quantitativo di sangue distribuito all'organismo nell'unità di tempo è inferiore al normale. Nelle forme bradicardiche, come, ad es., nel blocco cardiaco, che di regola sono associate a lesioni miocardiche, non vi sono in riposo seri disturbi che possano mettersi in conto della deficienza cardiaca; ma se si richiede all'organismo un qualsiasi sforzo, che a suo tempo richieda un aumento dell'attività circolatoria, compaiono disturbi, poichè il ventricolo è incapace di aumentare la frequenza del suo ritmo in rapporto alla richiesta.

I sintomi della deficiente funzione cardio-vascolare sono vari. Se la lesione produce primitivamente difetto di circolazione del miocardio o se questo è gravemente leso per infezione o intossicazione, si possono avere subito disturbi più o meno gravi ed anche la morte, oppure un indebolimento progressivo della energia cardiaca che costringe il paziente a limitare gradatamente la sua attività. In questo caso i disturbi compaiono solo quando si compiono sforzi inadeguati alle condizioni del miocardio: si stabilisce una specie di equilibrio tra la domanda di lavoro e la capacità lavorativa del cuore, equilibrio che è rotto quando la richiesta supera le possibilità funzionali del miocardio. E poichè le condizioni del cuore vanno progressivamente aggravandosi perchè l'equazione resti immutata è necessario che la domanda si riduca proporzionalmente.

I disturbi acuti oltre che per difetto di circolazione del miocardio possono verificarsi anche per degenerazione del miocardio stesso per infezione come nel reumatismo acuto, o per intossicazione, come nella difterite. Al riguardo va notato che insieme alla degenerazione miocardica si verifica un'alterazione generale del sistema glandulare e muscolare, per modo che le condizioni sono ancora più aggravate. Ad esempio, nei casi di anemia grave la deficienza di ossigenazione è risentita non solo dal miocardio, ma anche dai muscoli, dalle glandole, dal sistema nervoso centrale. Perciò i primi effetti di ogni sforzo fisico o mentale si manifestano alla periferia, dove la deficienza di ossigeno è ancora più marcata che al centro circolatorio. Il fatto più importante è la dispnea. E ciò perchè nel sangue oltre al difetto di ossigeno, sempre per la insufficienza circolatoria, si ha un accumulo di anidride carbonica e di altri prodotti del ricambio, donde l'alterazione del centro respiratorio. Se malgrado questo fatto si persevera nello sforzo, si hanno altri disturbi più gravi, come l'esaurimento e la incoscienza.

Se la insufficienza circolatoria è così grave da produrre disturbi anche in riposo, è ovvio che al minimo sforzo i sintomi sono più impressionanti.

Le parti più importanti dell'organismo, il sistema nervoso centrale, i reni, il fegato, il tubo gastro-enterico durante il riposo sono collocati in modo da potere essere irrorati di sangue a spese delle altre parti, così che possono assolvere il loro lavorio organico adeguatamente, mentre nei muscoli, nei tessuti sottocutanei la circolazio-

ne è ridottissima. Effetto di questa condizione è la facile asfissia delle parti più periferiche. Quando le condizioni circolatorie si aggravano ne risentono gli effetti dannosi anche gli altri organi: la insufficienza di apporto di sangue e di ossigeno nei reni si manifesta con la riduzione o l'arresto della secrezione urinaria, nei pulmoni si ha la produzione di un transudato e così via di seguito. I transudati e gli edemi a loro volta ostacolano la circolazione con una sempre più accentuata riduzione dell'apporto di ossigeno agli organi vitali. Donde un circolo vizioso la cui risultante è una progressiva e sempre più minacciosa riduzione dell'efficienza del miocardio e della funzione di altri organi anche durante il riposo.

La norma generale che deve essere applicata ad ogni insufficienza circolatoria è quella di proporzionare l'attività corporea e mentale alle possibilità energetiche del cuore.

Il cuore, come e più di ogni altro organo, ubbidisce alla legge che ad ogni aumento di lavoro corrisponde un aggravamento della funzionalità dell'organo malato. Se un organo compie con difficoltà la propria funzione, le sue condizioni si aggravano progressivamente ad ogni richiesta insolita ed inadeguata di lavoro, a meno che non abbia il modo ed il tempo di poter ristorare il suo tessuto.

Questo è il principio cardinale sul quale si basa il trattamento della insufficienza cardiaca.

Quando il miocardio presenta segni d'insufficienza per inadeguata irrorazione di sangue e difettoso apporto di ossigeno, deve essere messo in condizione di riposo assoluto, acciò possa essere messo in grado di riguadagnare parte delle sue riserve esaurite. DR.

Tachicardia auricolare parossistica con extrasistoli ventricolari e polso alternante.

(SAMET e SCHOTT. *Wiener Arch. für inn. med.*, n. 2, 1924).

È riferito un caso di insufficienza aortica di natura luetica con grave scompenso cardiaco e con comparsa di accessi di tachicardia parossistica. Questi accessi comparivano ad intervalli regolari spesso molto frequenti. Durante questi accessi di tachicardia si manifestavano delle extrasistoli, extrasistoli che determinavano un polso alternante. All'infuori degli accessi di tachicardia non esistevano nè extrasistoli nè polso alternante. L'esame elettrocardiografico dimostrò che l'alternanza del polso era strettamente legata alla presenza di extrasistoli. Questa osservazione dimostra quale importanza abbia anche una lieve irregolarità del battito cardiaco quando l'azione cardiaca è fortemente accelerata, nel determinismo del polso alternante. Il riempimento cardiaco si compie in maggior parte nel principio della diastole; perciò quando la frequenza del battito è molto alta, anche piccole irregolarità di ritmo, hanno per conseguenza grandi variazioni nel riempimento del cuore e quindi nella grandezza del polso.

Lo svuotamento dal cuore di un volume di sangue che per il raccorciamento della diastole è minore di quello precedente determina un polso più piccolo, mentre il successivo riempimento diastolico maggiore del cuore determina un polso più grande: le variazioni del polso sono direttamente dipendenti dalle differenze di pressione dell'aorta. La somministrazione endovenosa di chinino determinava una rapida scomparsa dell'accesso di tachicardia, quindi anche dell'extrasistoli e dell'alternanza del polso. Lo scompenso cardiaco si dimostrò resistente ad ogni cura ed il decorso non venne influenzato neppure da cure antiluetiche. Le condizioni dell'infermo peggiorarono sempre più ed egli venne portato fuori della clinica in stato moribondo. Questo decorso gravissimo fa ritenere agli autori che si sia trattato di una forma di miocardite luetica, forma a decorso rapidamente maligno, resistente alle cure, in cui il miocardio è invaso da ammassi di spirochete.

POLLITZER.

UROLOGIA.

Operazioni renali con anestesia paravertebrale.

(O. SWINNEY LOUSLEY e W. SCOTT PUGH. *The Journal of the American medical Associat.*, vol. LXXXII, n. 13-29 marzo 1924).

Gli AA. utilizzano, per la chirurgia renale, l'anestesia regionale con la procaina all'1 %. La soluzione deve essere fatta di fresco e sterilizzata subito prima dell'operazione.

Per l'anestesia il malato deve essere posto a sedere sul tavolo, col corpo e la testa leggermente flessi, le spalle spostate in avanti e i piedi poggiati su di una sedia. L'anestesia ha per scopo di bloccare l'VIII, IX, X, XI e XII nervo costale. Si segna con l'iodio i punti di ciascuna iniezione, cioè in ciascuno spazio intercostale, a partire dall'VIII costola fino sotto la XII, un punto situato a cm. 3 ½ o 4, dalla linea delle apofisi spinali, badando bene che non vi siano deviazioni della colonna. Si segnano anche i quattro angoli di un quadrilatero lombare, che sono: un punto situato a 3 cm. in fuori della prima apofisi spinosa lombare, l'estremità anteriore della XII costola e le spine iliache anterior-superiore e posterior-superiore.

Su ciascuno di questi punti di repere si inietta

un poco di liquido sotto cute. Poi in ciascuno spazio intercostale, l'ago è affondato, prima perpendicolarmente alla costola fino a raggiungere il margine inferiore, poi si ritira leggermente, ed infine lo si inclina di 45 gradi verso il rachide. Viene spinto allora lungo il bordo inferiore della costola fino a raggiungere il corpo vertebrale. L'iniezione deve essere continua su tutto il tragitto dell'ago e si iniettano 5 cmc. in ciascun spazio e 7 al disotto della XII costola. Il quadrilatero viene in seguito iniettato spingendo l'ago da ciascun angolo, in tutte le direzioni, specie verso il centro del quadrilatero superficialmente e profondamente. La quantità abituale di anestesia è di circa 80 cmc., al massimo 150 cmc. L'anestesia è completa 20 minuti dopo il principio.

Durante l'intervento deve essere evitato ogni stiramento; se la trazione sul peduncolo renale è dolorosa, si può iniettare intorno un po' d'anestetico. L'anestesia comincia a diminuire dopo due ore, e scompare completamente dopo circa otto, ciò che ha una grande importanza dal punto di vista dello choc operatorio.

Tale anestesia è in particolar modo indicata in casi di lesioni cardiache, nell'arterio-sclerosi avanzata, nelle lesioni polmonari acute o croniche, tubercolari o meno, o quando il rene opposto è alterato.

È controindicata sopratutto nei soggetti molto nervosi.

Gli AA. hanno applicato questo metodo in circa 100 casi senza seri incidenti, solo qualche ammalato ha avuto accelerazione del polso con abbassamento della pressione sanguigna. Per tali casi il migliore rimedio è l'iniezione di caffeina e adrenalina.

U. BANI.

L'uretere « forcé ».

(GAYET G. et ROUSSET. *Journal d'Urologie*, n. 27, 1924).

Gli AA. con tale denominazione hanno definito l'uretere che non oppone più alcuna difesa al reflusso del contenuto vescicale verso il bacinetto o come altri chiamano la dilatazione permanente degli orifici inferiori degli ureteri.

Fatta la storia dell'argomento, ricordano come il lavoro più completo su tale affezione sia quello del Leguen e Papin, 1922.

Ne hanno osservati 14 casi nelle più svariate malattie, e più precisamente:

1 in una cistitica acuta;
4 in soggetti tubercolari;
2 in malati di diverticoli vescicali e calcolosi;
5 in casi di cistite e pielonefrite;
1 in un restringimento uretrale;
1 in soggetto con lesioni del sistema nervoso.

Riassumendo i quadri clinici presentati dai diversi pazienti, fanno rilevare come l'incontinenza dello sfintere accompagna frequentemente l'incontinenza ureterale, fatto verificatosi nelle osservazioni di Gauthier e Gayet e così pure nel terzo caso (tubercolosi) e nel XIV (affezione nervosa) sifilide del midollo.

In quasi tutti i casi la capacità vescicale era molto ridotta e, quantunque non vi fosse incontinenza, la pollachiuria era accentuata.

Le vesciche avevano una capacità di 50, 80, 100 prammi.

Le minzioni si verificavano ogni ora, ogni mezz'ora.

Un altro sintoma funzionale è il dolore.

Dolore che alle volte è spontaneo in un rene come si è verificato in tre malati (caso VIII, IX e X).

Altre volte, come nell'osservazione VIII, il dolore era percepito nell'atto di mingere in corrispondenza del rene destro. In altri casi il dolore si è manifestato quando si cercava di riempire al massimo la vescica: questo è uno dei sintomi fondamentali e più frequenti come hanno anche affermato Legueu e Papin.

Il mezzo preciso che ha dato nozioni esatte sul volume, sulle deformazioni del calibro, sulle direzioni dell'uretere è la radiografia, previa iniezioni di liquido opaco nella vescica in quantità sufficiente per svegliare lieve dolore in corrispondenza del rene. Gli AA. hanno usato il collargolo nella proporzione del 10 % con ottimo risultato.

Tale liquido ha la proprietà di essere antisettico ed oltre che per la diagnosi è utile terapeuticamente in quanto che si rileva miglioramento immediato alle volte. Spesso, però, si è avuta elevazione termica dopo l'iniezione, come una febbre urinosa, ed è prudente quindi non solo di iniettarlo in piccola quantità, ma di praticare un lavaggio della vescica specie con una sonda a doppia corrente e poi iniettare il collargolo con la pressione necessaria per risalire fino al rene.

Nei soggetti tubercolosi l'iniezione sotto alta pressione può far nascere una pielonefrite od una setticemia spesso mortale.

Il *bromuro di sodio* al 30 % non è punto adatto per i lavaggi avendo determinato nel caso XIV sfacelo della mucosa vescicale.

La cura dell'uretere *forcé* è molto limitata e spesso insufficiente.

Se la lesione è unilaterale con pionefrosi e distruzione del rene, l'unica cura è rappresentata dalla nefrectomia, ma che non è sempre possibile, come nella bilateralità della lesione.

Considerato che secondo gli AA. tale lesione è più secondaria che primitiva è bene ricercarne la causa determinante; e quindi curare le cistiti

sia con trattamento locale sia con la cistostomia, mettendo in riposo l'organo; sopprimere i restringimenti uretrali con la dilatazione graduale e l'uretrotomia; trattarne i diverticoli con il taglio e l'escissione.

L'uretere *forcé* presenta il gran vantaggio di permettere il lavaggio non solo della vescica e dell'uretere, ma anche delle cavità renali.

La nefrostomia non è raccomandabile, poichè lascia fistole permanenti.

Concludendo fanno rilevare come:

1) l'uretere forcé sia una lesione frequente;

2) la diagnosi sia facile con cistoradiografia;

3) la patogenesi non sia unica. La lesione è spesso congenita;

4) nelle forme unilaterali è utile la nefrectomia; nelle bilaterali il solo lavaggio fatto con precauzione può riuscire utile.

T. LAURENTI.

TECNICA MEDICA.

Alcune osservazioni sopra la trasfusione del sangue.

(BISCHOFF. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 54ª annata, n. 27, 1924).

Molto si discute e si discuterà ancora sul valore della trasfusione. Speranze esagerate causano delusioni: un brusco rifiuto può però eliminare un fattore realmente benefico.

Non voglio toccare la questione, se la trasfusione del sangue debba considerarsi unicamente quale una terapia non specifica, uno stimolo alla neoformazione negli organi ematopoietici, un apporto di ossigeno per mezzo dei globuli rossi od un apporto di elementi funzionanti e mezzi naturali di difesa di un organismo sano.

La trasfusione del sangue venne screditata dagli inconvenienti che purtroppo spesso l'accompagnavano. Per evitare i temuti inconvenienti ci furono preziosissime le indicazioni forniteci da Landsteiner nel 1901 sopra le isoagglutinine e da Jansky nel 1907 colla sua classificazione in gruppi, e più tardi collo stabilire l'affinità delle isoagglutinine colle isoemolisine. L'empirismo ha constatato che l'incompatibilità del sangue di due individui, la quale è la causa precipua di spiacevoli inconvenienti durante la trasfusione, dipende dalle agglutinine ed emolisine, cioè dalla prova biologica. La statistica di E. Weil, è molto istruttiva in questo riguardo. Weil eseguì le prime 12 trasfusioni senza farle precedere dalla prova biologica. Ne ebbe 3 gravi inconvenienti. (La proporzione è alquanto elevata in confronto ad altri autori, però è comprensibile se si consideri che Weil operava specialmente su individui che sono affetti di malattie del sangue, presso i quali le emolisine sembrano essere un fattore importante). Per le ulteriori 120 trasfusioni, Weil fece sempre precedere il completo esame biologico. In tal modo egli evitò le incompatibilità e non ebbe più a registrare inconvenienti gravi.

Gli inconvenienti causati dall'« incompatibilità biologica » possono sorgere già durante la trasfusione o subito dopo. Sono specialmente: acutissimi dolori lombari ed addominali, senso di oppressione, dispnea più o meno grave, intenso pallore o cianosi, stato di eccitazione, infine incoscienza, contrazioni cloniche con acceleramento di polso con polso debole, eventualmente mancanza di polso, esito letale. (I sintomi che possono subentrare più tardi sono ematuria e gravi lesioni renali).

Da questo complesso di sintomi dobbiamo tenere ben distinte quelle forme di natura meno grave, che osserviamo spesso durante la trasfusione, quand'anche si sia fatto precedere l'esame biologico, e che possono consistere in palpitazione leggera, vampe di calore, prurito, sonnolenza, orticaria; eritemi con forte prurito, che sono generalmente di breve durata, vediamo alle volte appena dopo la trasfusione.

Un'ora o più tardi ancora dopo la trasfusione si constata talvolta aumento di temperatura, non sempre preceduto da brividi, cefalea, vomito. Credesi che anche queste manifestazioni di natura leggera siano causate da una certa eterogeneità del sangue, comparabili ai fenomeni dello shock colloidoclasico.

L'esame biologico preliminare (l'esame della agglutinazione ed emolisine) è dunque necessario onde evitare seri inconvenienti. Jansky e Moss dividono gli uomini (ognuno col proprio metodo) in quattro gruppi secondo la loro agglutinazione. Oggidì si ritiene la classificazione di Moss più pratica. Il gruppo I comprende quegli individui, il cui siero non agglutina nessuno dei corpuscoli rossi umani, nel mentre i corpuscoli rossi dello stesso gruppo vengono agglutinati da qualsiasi siero degli altri gruppi. È di valore pratico il sapere che non si deve infondere un sangue i cui eritrociti vengono agglutinati, nel mentre non costituisce nessun pericolo un sangue il quale agglutina gli eritrociti del ricevitore. Per tal modo il gruppo I viene a costituire quello dei ricevitori universali e dei peggiori datori di sangue. Nel gruppo IV vediamo l'opposto: il siero agglutina i corpuscoli rossi di tutti gli altri gruppi, i propri corpuscoli rossi però non vengono agglutinati da nessun siero. Questo gruppo viene a contenere in tal modo i datori di sangue universali, però i peggiori ricevitori (perchè tollerano unicamente il sangue del proprio gruppo). Il gruppo IV è il più numeroso. Il gruppo II comprende quegli

individui, il cui siero agglutina gli eritrociti del gruppo I e III, mentre che i propri corpuscoli rossi vengono agglutinati dal siero del gruppo III e IV. Nel gruppo III abbiamo quegli individui il cui siero agglutina gli eritrociti del gruppo I e II, mentre che i propri corpuscoli vengono agglutinati dal siero del gruppo II e IV. Gli individui del gruppo II e III possono ricevere il sangue solamente dal loro gruppo e ben inteso dal gruppo IV.

Per stabilire il gruppo di un individuo, si usa in oggi prevalentemente il metodo di Beth-Vincent, il quale si serve dei sieri di prova del gruppo II e del gruppo III.

Non trovo pratico il catalogare i datori secondo gruppi, tanto più che l'individuo può cambiare gruppo (temporaneamente ed in via sperimentale dopo medicazioni, ed inoltre presso individui che ebbero spesso trasfusioni).

Abbiamo adoperato nelle prove biologiche preliminari il metodo diretto, cioè senza siero di prova. Esso fornisce i dati più sicuri ed è perciò da preferirsi sempre quantunque richieda maggior tempo.

PROVA BIOLOGICA PRELIMINARE. — 1. *Determinazione dell'agglutinazione.* — Si fa agire il siero del ricevitore direttamente sugli eritrociti del datore eventuale.

Mediante stasi venosa si preleva colla siringa dalla cubitale del ricevitore 2 (sino a 5) cmc. di sangue. Emissione del sangue in una provetta contenente 1/2 cmc. di Natr. citr. all'1 %. Dopo 10 minuti i corpuscoli del sangue formano un sedimento. Si preleva mediante bacchettina di vetro una goccia del liquido chiaro soprastante, che si porta su un vetrino. Una goccia di sangue del datore, prelevata mediante puntura, si aggiunge colla bacchettina alla goccia di siero del ricevitore sul vetrino e si mescola (o, meglio ancora, dopo previo isolamento e lavatura dei corpuscoli del sangue). Si mantiene il vetrino in costante e lento movimento circolare e orizzontale onde impedire la formazione di un sedimento di corpuscoli ed accelerare un'eventuale agglutinazione. Un fondo bianco facilita la lettura del risultato (eventualmente mediante una lente), risultato che si può conoscere dopo 2-3 minuti. Si riconosce l'agglutinazione, in via macroscopica, dalla formazione di mucchietti, grumetti nel liquido che ora è divenuto limpido. In caso dubbio ripeto l'esperimento · se il risultato è ancora incerto, preferisco provare con un altro datore.

In quanto all'emolisi c'è l'assioma; senza agglutinazione nessuna emolisi. Il valore negativo sembrava ad onta di ciò spesso insufficiente, cosicchè veniva richiesta la determinazione dell'emolisi.

2. *Determinazione dell'emolisi* (secondo Kolmer). — Si diluisce 1/2 cmc. di sangue con 4 cmc. della seguente soluzione: H_2O 100 Natr. citr. 1 g, NaCl 0 9 (o defibrinato). Si lavano i corpuscoli del sangue 2-3 volte colla soluzione fisiologica di NaCl. Preparazione della miscela secondo determinati rapporti dei corpuscoli del sangue del datore e del siero del ricevitore; indi in senso inverso con prove di controllo. Poi lasciare per 2 ore nel termostato a 37° C. ed eventualmente per 12 ore nella ghiacciaia; dopo il termostato è però anche sufficiente la temperatura ambiente per 1-2 ore.

Alla prova delle Tre goccie manca purtroppo la sufficiente precisione.

Esame del datore del sangue. — È consigliabile di esaminare attentamente il datore del sangue poco prima del prelevamento del sangue. Va da sè, che non si dovrebbe adoperare che il sangue di persone sane, quantunque taluni adoperino anche quello di individui uremici. Stimo in ogni caso necessaria la reazione Wassermann, quand'anche non vi siano sospetti di lue. Se constato malaria nell'anamnesi scelgo un altro datore.

I datori di sangue disponibili. — Per parecchie considerazioni trovo raccomandabile di aver a disposizione parecchi datori. Alle volte può riuscir difficile trovare il datore adatto, ciò che avemmo occasione di constatare facendo ricerche persino nel nosocomio. Datori di sangue quale professionisti, credo bene resteranno confinati al nuovo mondo.

E. Weil non applica una tariffa determinata per Parigi; qui però riesce difficile di trovare un datore adatto, tanto più che non siamo liberi nel nostro modo di agire. Dobbiamo essere perfettamente liberi tanto nella scelta del datore (con eventuali sollecitazioni infruttuose, prove biologiche preliminari, ecc.) come riguardo all'epoca del prelevamento del sangue, sicchè come altrove fu uopo fissare una tariffa. Da Berna mi fu comunicato, che per la Svizzera non esiste una tariffa relativa; scelsi perciò una tassa media. I miei datori ricevono da 20-100 franchi più un buon vitto per 3 giorni. (La tassa americana è di 50 dollari). Trattandosi di ammalati poveri, si dovrebbe poter prelevare l'importo da un eventuale fondo di soccorso per i poveri. I datori preferiscono però generalmente il pagamento in contanti dei 3 giorni di vitto ed abbandonano la casa pochi minuti dopo il prelevamento del sangue. Momentaneamente ho a disposizione più di 20 datori sani. Non trovo necessario di scegliere l'eguale sesso fra datore e ricevitore. Nel caso che parenti prossimi si offrano per la trasfusione, bisogna ricordarsi, che non è detto che la discendenza diretta (madre e figlio) appartenga allo stesso gruppo, sicchè si rende necessaria anche qui la prova biologica.

Tecnica della trasfusione. — Ci siamo serviti del metodo indiretto. Onde impedire la coagulazione usai Natr. citr. al 10 %.

Voglio ancora accennare al fatto che in oggi, per lo più, non si trasfonde sangue defibrinato. (Vedi tra altri Magendie, Panum, Landois, Ponfick, Köhler, A. Schmidt, Hayem, Emile Weil e Isch-Wall). Della trasfusione di sangue d'altra specie non è più questione.

Prelevamento dal datore. — Mediante stasi venosa si preleva dalla cubitale coll'ago di grosso calibro da 300-500 g. di sangue, che si lascia colare in un recipiente (cilindro graduato), ove si trovano 10, risp. 20 cmc. di una soluzione di Natr. citr. al 10 %. Si badi che la soluzione abbia bagnato la totalità della parete del recipiente. Il recipiente stesso viene messo a bagno-maria. Il prelevamento dura pochi minuti.

Infusione presso il ricevitore. — L'ambiente ove trovasi il ricevitore deve essere bene riscaldato. La siringa da iniezione e gli eccitanti devono essere a portata di mano. Se le vene del ricevitore sono difficilmente trovabili, è necessario scoprire la vena cubitale.

L'istrumentario consta di: un ago di 12/10 mm., un tubo di gomma lungo 50 cm. ed un piccolo imbuto di vetro (di 10 cm. di diametro). L'ago, il tubo di gomma e l'imbuto previamente sterilizzati si uniscono prima di iniziare l'operazione. Si riempie il sistema col sangue. Coll'alzare ed abbassare l'imbuto si allontana l'aria che eventualmente si trovasse nel sistema.

Puntura coll'ago nella vena che trovasi sotto stasi. Si tiene l'imbuto da 30-50 cm. più in alto. Ad intervalli si riempie nuovamente l'imbuto con sangue dal serbatoio. Il recipiente col sangue rimane nel frattempo a bagno-maria (nella pentola). Parlando spesso ed in modo calmo col paziente, ci rendiamo conto del suo stato soggettivo. Dato il diametro dell'ago ed il dislivello moderato, il sangue penetra lentamente, ciò che è assolutamente necessario. È bene tener pronti anche alcuni termofori, che si adopereranno, se l'ammalato si lagnasse di un senso di freddo. Non ci lasceremo trattenere dal continuare la trasfusione nel caso che il paziente accusasse un senso di sonnolenza. La respirazione affannosa ed un'eventuale cianosi leggiera si evitano colla lenta penetrazione del sangue. Una fusione di 300 g. dura, ad esempio, da 25-30 minuti.

Anche l'ampolla Bécart si può usare per ricevere il sangue, ha però l'inconveniente purtroppo di esser molto fragile. E. Weil adopera una siringa da iniezione a pistone d'argento ed orificio eccentrico per l'applicazione dell'ago della capacità di 100 cmc. Da qualche parte si raccomanda il metodo del « sangue inalterato nel serbatoio paraffinato ». Preferisco sotto parecchi aspetti il metodo diretto di Oehlecker, perchè unisce al vantaggio del metodo diretto (trasfusione di sangue inalterato, cioè senza aggiunte chimiche), quello dell'esatta misurabilità del sangue trasfuso, come col metodo indiretto.

In casi urgenti (di carattere chirurgico per lo più) si potrebbe anche trasfondere sangue senza l'esame biologico preliminare, però bisogna trasfondere molto lentamente e badare ai sintomi, e se questi fossero allarmanti, interrompere subito la trasfusione. Dal canto mio però, date le nostre nozioni attuali, eseguirei mal volentieri una trasfusione, da un datore sano, senza il previo esame biologico.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

BRAUER L. - SCHRODER G. - BLUMENFELD F. *Handbuch der Tuberkulose.* Ed. I. A. Barth. Leipzig, 1923.

Sul finire dello scorso anno è comparso un Trattato veramente completo sulla tubercolosi. Venne compilato sulla base di un precedente manuale di terapia della tubercolosi che per la maestria e il fine senso critico degli Autori aveva incontrato largo favore tanto da esaurire due edizioni in pochi anni.

Questo Trattato dimostra una mente organica nella comprensione del problema della tubercolosi e per la concezione generale, e per il modo con il quale la materia fu distribuita nei quattro grossi volumi che costituiscono l'opera

Inizia il trattato una storia sulla tubercolosi del dott. Predohl il quale oltre a una esposizione minuta e coscienziosa delle varie opere principali che hanno trattato dell'argomento espone il programma e la intelaiatura dell'intero trattato.

Nel secondo capitolo sulla anatomia patologica della tubercolosi il Tendeloo espone con la chiarezza e con la semplicità che ha reso famoso anche fra noi l'Autore, la parte descrittiva della formazione del tubercolo, le sue varietà e soprattutto mette assai bene in chiaro la patogenesi e la fisiopatologia delle alterazioni che poi l'anatomico troverà alla sezione risultandone così una descrizione magistrale del vario modo di presentarsi dei quadri anatomici della tubercolosi nei diversi organi.

Vengono di poi i capitoli più importanti da un punto di vista scientifico e pratico e nello stesso tempo i più difficili a trattarsi che riguardano il bacillo tubercolare, la porta di ingresso, le proprietà del bacillo tubercolare nell'organismo, le tubercoline e la così detta reazione immunitaria dell'organismo.

Questi capitoli erano stati affidati al Roemer non solo mente geniale, ma dotato di un forte

e sano potere critico, dote indispensabile per valutare fenomeni di così difficile interpretazione; la morte in guerra tolse un così prezioso collaboratore il quale fu molto opportunamente sostituito dal prof. Much, di cui sono ben noti gli studi sulla morfologia del bacillo tubercolare e sopratutto gli studi sulle parti costituenti il bacillo stesso (albumine, grassi, neutri, lipoidi, tossine), le quali parti avrebbero una speciale azione nel determinare secondo il Much la immunità.

L'Autore si diffonde a lungo nel trattare le varie forme che i bacilli tubercolari possono assumere e gli antigeni parziali di cui il corpo stesso è costituito. A ciascuno di questi antigeni corrisponderebbe un proprio anticorpo soltanto la somma di questi anticorpi conduce alla immunità. L'Autore pensa che la mancanza di immunità nei tubercolosi dipenda dalla insolubilità degli antigeni parziali e sopratutto del grasso neutro; egli consiglia di saggiare le deficenze dei relativi anticorpi con cuti-reazioni praticate coi vari antigeni parziali ed iniettare quelli che per la mancata reazione cutanea non hanno prodotto anticorpi nell'organismo. Queste concezioni da cui traspare la mente filosofica dell'Autore sono state molto criticate sopratutto dalla scuola del Wassermann; e si può dire che oggi non avendo questo metodo conseguito effetti pratici sono state del tutto abbandonate come abbandonata nella pratica è la ricerca dei granuli del Much a cui l'Autore vorrebbe ancora dare una notevole importanza nelle malattie che si presuppongono di origine tubercolare, come i granulomi, l'eritema nodoso, ecc.

Nel capitolo sul ricambio materiale vengono messi in evidenza l'importanza dei fermenti lipolitici; di poi la nutrizione, la digestione, il riassorbimento nel tubercoloso, il ricambio azotato e minerale e la perdita di materiale che avviene nella cachessia tubercolare.

Sulla disposizione e costituzione tratta il prof. Marzius sulla base delle statistiche che egli interpreta con fine senso critico e sulla base di queste vengono esposte le regole speciali che ciascun predisposto alla tubercolosi deve seguire.

Chiude questa parte generale il prof. Gottsten sulla statistica della tubercolosi ove raccoglie accuratamente tutto ciò che ospedali e cliniche sopratutto della Germania hanno potuto fornire su questo argomento.

Gli ultimi due capitoli del volume che riguardano la semeiotica generale fisica e l'importanza dei mezzi diagnostici sopratutto nella radioscopia costituiscono per il medico pratico una delle parti più preziose dell'opera sia per la chiarezza del linguaggio che per la nitidezza delle illustrazioni.

Nel secondo volume viene trattata la patologia dei singoli apparati ed organi colpiti da tubercolosi. Delle altre vie respiratorie degli occhi, orecchi, della pelle, del sistema nervoso centrale, del canale intestinale, del cuore, dei vasi, del sangue, dei reni, della vescica, degli organi genitali e la trattazione completa, precisa, corredata di numerose figure costituisce quanto di più si può desiderare da un grande Trattato di patologia medica.

Nel terzo volume vengono presi in esame i vari metodi di cura della tubercolosi, e vengono riferite le cure sanatoriali e riportata la lunga esperienza che su questo argomento ha fruttato i numerosi tubercolosi curati e il tempo trascorso.

Di poi per opera del prof. Brauer vengono, colla competenza a tutti nota, illustrati i metodi di cura delle forme polmonari dal pneumotorace alla cura da lui stesso ideata della costotomia, metodo che se a prima vista può impressionare alquanto l'inesperto, prendendo in attento esame la tecnica e i risultati dell'esperienza si deve convenire sull'utilità del metodo e plaudire all'ardito ideatore.

Nel quarto volume vengono trattati gli insegnamenti che la statistica accuratamente raccolta e valutata, può fornire.

Di poi vi è un tentativo per dimostrare la natura tubercolare del linfogranuloma maligno.

Infine un interessante ed utilissimo articolo sulla tubercolosi degli animali.

Noi tutti dobbiamo essere assai riconoscenti al prof. Brauer ed ai suoi collaboratori che ci hanno fornito questo trattato che rimarrà come monumento della loro operosità e del loro genio.

V. ASCOLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Dott. prof. BERNARDINO MASCI. *Tecnica Terapeutica ragionata, medica e chirurgica.* Un volume di pagg. VIII-845, con 273 figure intercalate nel testo e rilegato in tela. — Editore Luigi Pozzi, Roma (1925). Prezzo L. 78.

Per fare apprezzare dai lettori l'importanza di questa pubblicazione, crediamo che basti riportarne la significativa introduzione appostavi dall'insigne prof. A. Carducci:

Questo libro che per incarico dell'Editore del giornale « Il Policlinico » il prof. Masci ha scritto sulla *Tecnica Terapeutica Ragionata Medico-Chirurgica*, colma una grande lacuna tra i nostri trattati di Medicina e Chirurgia. Giacchè se è vero che noi abbiamo ottimi trattati di Farmacologia, di Medicina operatoria, di Assistenza, ecc., manca un libro che riassuma tutte le conoscenze più antiche e più recenti su quanto si può praticare al letto del malato per opera del medico generico. È perciò che leggendo questo libro si prova quel piacere e quella soddisfazione intellettuale che si ha quando si vede

realizzata una cosa da lungo tempo desiderata. Quante volte, specialmente nei primi anni del nostro esercizio professionale, davanti alle necessità di compiere al letto del malato le più modeste mansioni di assistenza, davanti alle minute ed insistenti domande dei nostri clienti in riguardo al vitto dei pazienti, alla scelta di un luogo climatico, alla specificazione di una cura di acque minerali, o davanti all'urgente necessità di siringare un prostatico o di applicare un apparecchio di contenzione, avremmo preferito di essere meno ricchi di conoscenze sulle varie teorie sulla Patogenesi dei fenomeni morbosi e più esperti di nozioni pratiche! E quante volte abbiamo perciò pensato alla necessità di un libro che riassumesse tutto il bagaglio terapeutico antico e moderno e che ci fosse compagno fedele ed al quale potessimo sempre rivolgerci nei dubbi che l'esercizio professionale tante volte purtroppo ci procura.

Orbene, basta trascorrere solamente l'indice dei capitoli del libro per convincersi che il Masci ha raggiunto completamente questo scopo. Infatti il libro è diviso in ventisette capitoli ed essi riguardano: l'Assistenza del malato; l'Igiene del malato; l'Alimentazione del malato; i Medicamenti; la Crenoterapia; la Climoterapia; l'Elioterapia; la Termoterapia; l'Idroterapia; il Massaggio e Ginnastica Medica; l'Elettroterapia; la Psicoterapia; la Tecnica Terapeutica Cutanea; la Tecnica Terapeutica dell'Apparato sottocutaneo; la Tecnica Terapeutica dell'Apparato circolatorio; la Tecnica Terapeutica dell'Apparato respiratorio; la Tecnica Terapeutica dell'Apparato digerente; la Tecnica Terapeutica dell'Apparato genitale; la Tecnica Terapeutica del sistema nervoso: la Tecnica Terapeutica dell'Apparato motore; la Tecnica Terapeutica dell'Apparato visivo; la Tecnica Terapeutica dell'Apparato uditivo; la Tecnica Terapeutica pediatrica; le Cure pre e post-operatorie; la Tecnica della Medicatura; la Tecnica delle Fasciature.

Ma oltre che aver trattato l'argomento in modo completo, il Masci è stato accurato e minuto anche nella trattazione dei singoli capitoli, ed il medico pratico potrà trovare facilmente la risposta a qualunque quesito gli si presenti al letto del malato nei riguardi della cura o in altre contingenze del suo esercizio professionale.

Altro grande merito del libro è che esso contiene non solo le applicazioni terapeutiche che l'esperienza antica ha già sancite, ma anche le applicazioni più recenti nel campo della terapia fisica, quindi se è vero che il giovane medico pratico trova nel libro più materiale per le sue ricerche, anche il medico provetto può servirsi di esso con utilità per mettersi a giorno dei mezzi di cura più recenti.

Ma il Masci non è stato semplicemente un compilatore, giacchè egli ha trasfuso nel suo libro, oltrechè la sua estesa coltura, il frutto della sua lunga esperienza sia in Medicina che in Chirurgia acquistata nei molti anni di esercizio ospedaliero e che non si rileva certamente nell'esposizione di novità personali, difficile per altro a verificarsi dato l'argomento trattato, ma nella disposizione della materia, nella chiarezza delle idee, nella ricerca di dare una impronta di razionalità alle varie applicazioni terapeutiche.

Ad un libro così ricco di pregi non può a mio parere che arridere un brillante successo, ed io me lo auguro non solo per compensare il prof. Masci del suo lungo e diligente lavoro, ma per il beneficio dei medici pratici ai quali certamente il libro risparmierà l'incertezza e l'ansia della ricerca in ogni momento dell'esercizio professionale.

A. CARDUCCI.

L. MOHR e R. STAEHELIN. *Trattato di medicina interna*. Vol. III, parte III. In-8° di pag. 676, con tav. e fig. Soc. editrice libraria, Milano, 1924. Prezzo L. 80.

Questo volume, atteso dagli studiosi, che già posseggono il trattato di Mohr e Staehelin, di cui sono noti i pregi, comprende le malattie dei reni ed il diabete insipido.

Nella prima parte, dovuta a Vohlard di Mannheim, dopo brevi cenni di fisiopatologia generale dei reni, sono trattate in modo completo le malattie renali bilaterali e minutamente descritte le nefriti diffuse, le glomerulo-nefriti acute e croniche, le nefriti embolo-infettive, ecc.

Le nefropatie chirurgiche formano l'oggetto della seconda parte e sono trattate da E. Suter di Basilea, che vi fa precedere i necessari cenni di semiologia e diagnostica generale. Sono messi in giusto valore i vari mezzi di cui oggi disponiamo per la valutazione delle lesioni e della funzionalità renale. Il medico pratico troverà qui esposte chiaramente, senza l'ingombro di pesanti teorie e discussioni teoriche, le nozioni che gli possono essere utili sull'argomento.

Il diabete insipido è esposto da Baer, di Strasburgo. Segue, da ultimo, un capitolo sui parassiti animali.

fil.

Lexikon der gesamten Therapie des praktischen Arztes. II edizione. Puntate 11-14 (p. 1565-2200). Urban & Schwarzenberg editori. Berlino, 1924. Prezzo marchi-oro 14,40.

Si completa, con queste quattro puntate, che vanno da « Seborrhoe » a Zwillingsgeburth », questo *Lexicon*, pubblicato da W. Marle, di cui abbiamo altre volte accennato ai pregi.

Segue un lungo elenco dei più importanti medicamenti, disposti per ordine alfabetico, con le dosi, le indicazioni e le controindicazioni, esempi di ricette. Viene poi un elenco delle più importanti stazioni di cura e termominerali, con speciale riguardo alla Germania ed alla Svizzera, ma senza trascurare quelle di altri paesi.

Un ampio indice alfabetico facilita la consultazione di questo *Lexicon*, che verrà senza dubbio accolto dal favore dei pratici.

fil.

Erratum. — Nel fasc. 50 dello scorso anno, a pag. 1660, sotto il titolo della recensione, è stata saltata l'indicazione: (C. SCELBA. *La compressione cerebrale*. — Tesi di lib. Docenza).

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 29 novembre 1924.

Presidenza: Prof. V. ASCOLI, presidente.

Il Presidente prof. ASCOLI ricorda con commossa parola la perdita di due Accademici, i proff. Ghilarducci e Ciarrocchi, e su proposta sua l'Accademia stabilisce di far commemorare in apposita seduta il prof. Ghilarducci dal prof. P. Alessandrini ed il prof. Ciarrocchi dal prof. M. Carruccio.

Patogenesi e cura della gotta.

Prof. Sen. GUELPA. — Il prof. GUELPA, presente alla seduta, col consenso dei soci comunica le sue vedute sulla patogenesi e cura della gotta. Egli partendo dal concetto che la gotta è una malattia risultante dalla intossicazione ipoacida calcare degli umori dell'organismo, la quale favorisce la precipitazione delle materie insolubili (fosfati e carbonato di calcio) nei tessuti, ha tentato la cura con alimentazione carnea ristretta, con bevande acidule, con frutta e patate e sottoponendo i malati a digiuni e a purganti ripetuti. Riferisce gli effetti lusinghieri delle cure e li estende al trattamento delle ectasie e degli aneurismi dell'aorta, che secondo l'O. hanno patogenesi simile.

Sull'azione antiemetica della pituitrina.

Dott. G. GALATÀ. — Presentato dal socio prof. Baglioni l'O. riferisce come abbia constatato clinicamente e sperimentalmente che la pituitrina non solo può arrestare il vomito, ma ha azione antagonista verso gli emetici, con azione a sede bulbare.

A proposito dell'innesto dell'ovaio.

Prof. E. PESTALOZZA. — L'O. illustra un caso di innesto di ovaio in donna amenorroica. L'innesto portò al ripristino delle mestruazioni. L'O. indica la tecnica dell'innesto, stabilisce le condizioni utili per l'attecchimento (condizioni confermate anche da ricerche sperimentali eseguite nella sua Clinica) ed esprime l'ipotesi che la mancanza di granuli lipoidi (constatata nell'ovaio della donna curata) potesse costituire la ragione dell'amenorrea.

Sul pilorospasmo.

Prof. R. BASTIANELLI. — L'O. si diffonde nella classificazione delle varie forme di pilorospasmo secondario e primitivo ed espone i risultati delle sue esperienze e dei numerosi interventi specialmente sul pilorospasmo idiopatico dei bambini, dettando le norme curative.

Ferita del cuore (orecchietta destra).

Prof. PUCCINELLI. — Presentato dal socio prof. Bastianelli l'O. riferisce su di un caso di ferita del cuore (orecchietta destra) trattato chirurgicamente e guarito. Accenna alle nozioni diagnostiche, descrive la tecnica seguita, e propone un nuovo metodo a sportello sternale con cerniera superiore.

Il PRESIDENTE ha parole di elogio per il prof. Puccinelli e ricorda le prime operazioni sul cuore eseguite da Parrozzani e da Farini.

Il socio prof. R. BASTIANELLI, chiede la parola per elogiare l'operato del prof. Puccinelli, per osservare che il metodo proposto sarebbe prezioso, se con esso si potesse evitare l'apertura delle due pleure e quindi il pneumotorace bilaterale.

Risponde il prof. PUCCINELLI che in due prove sul cadavere è riuscito ad evitare il pneumotorace.

Osservazioni su 25 casi di anemia emolitica in gravidanza.

Prof BOLAFFIO. — L'O. riferisce su 25 casi di anemia emolitica in gravidanza. Egli dopo aver date le note diagnostiche principali, parla della patogenesi, notando sempre l'importanza del fatto gravidico, stabilisce i limiti e le indicazioni dell'interruzione della gravidanza e riferisce di brillanti risultati avuti per mezzo della trasfusione. Al dott. GHIRON il quale osserva che l'anemia perniciosa da gravidanza differisce dall'a. p. progressiva essenziale per note da lui trovate sul midollo osseo e comunicate all'Accademia, l'O. risponde che tali differenze trovate possono essere l'esponente della grande variabilità delle sindromi ematologiche, quali si riscontrano nelle anemie emolitiche delle gravide.

E. GROSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le manifestazioni oculari delle tossiemie gravidiche.

La retinite delle gravide fu descritta nel 1855 da v. Graefe. Si verifica più spesso nelle multipare, e in genere durante gli ultimi 3 mesi della gravidanza. Quanto alla possibilità di recidive in gravidanze ulteriori, si può dire che le forme dovute a tossiemie acute non recidivano mai, mentre possono invece recidivare quelle dovute a nefrite cronica.

A tale proposito R. C. Cheney (*The Journal of Am. Med. Ass.*, n. 18, novembre 1924) distingue:

1) Tossiemia acuta, più comune nelle primipare e negli ultimi mesi della gravidanza. Sembra che debba essere messa in rapporto col riassorbimento dei prodotti del contenuto uterino, pei quali secondariamente verrebbero lesi gli emuntori renali. Dopo sintomi premunitori, rappresentati da cefalea, malessere, amaurosi transitoria, compaiono fenomeni convulsivi.

L'urina è scarsa e ricca di albumina.

2) Nefrite cronica, in donne che ne soffrivano già da prima, magari senza esserne edotte. Nella speciale condizione della gravidanza i sintomi si vanno gradualmente aggravando, e il quadro morboso si costituisce più lentamente che nel caso precedente. Nelle urine sono oltremodo abbondanti i cilindri e le cellule. Esito frequente è il parto prematuro e la morte del feto prima o poco dopo la nascita. In una ulteriore gravidanza il quadro si riproduce, e il rene ne esce ancor più alterato. Nella placenta, quasi di regola, si trovano infarti. Le convulsioni sono meno frequenti che nel primo tipo.

3) Il terzo tipo, chiamato da Kellogg « tossiemia ricorrente della gravidanza », si caratterizza per la presenza in successive gravidanze di fatti tossiemici: alterazioni delle urine, ipertensione, ecc.; ma, a differenza di quel che accade nella nefrite cronica, l'urina, nei periodi tra una gravidanza e l'altra, è perfettamente normale.

È nel gruppo delle nefriti croniche che si riscontrano le complicazioni retiniche più frequenti.

La prognosi dell'affezione deve essere sempre riservata, perchè, mentre da un lato vi sono casi in cui la paziente guarisce solo in parte, residuando una diminuzione della vista più o meno notevole, d'altro lato può sopravvenire addirittura una cecità completa permanente. In genere la prognosi sarà più benigna per i casi apparsi nelle ultime settimane di gravidanza.

Per quel che riguarda il trattamento, non esiste un criterio assoluto, e si giudicherà caso per caso; si può tuttavia ritenere come criterio generale che, se la retinite si manifesta prima delle 2 ultime settimane della gravidanza, questa dovrebbe essere interrotta.

Per spiegare la patogenesi esiste una teoria tossica, che mette in valore un'azione locale del sangue, carico di sostanze nocive, rappresentate specialmente dalle scorie azotate, ed una teoria meccanica, secondo la quale la lesione retinica sarebbe dovuta all'ischemia prodotta dall'ipertensione vasale. Ma poichè esistono casi di retinite in cui non è dato constatare tale ipertensione, bisogna ammettere che può esistere uno stato di ischemia locale della retina, contemporaneamente ad uno stato di debolezza cardiaca, pel quale l'ipertensione periferica viene a mancare; oppure che possano prodursi delle alterazioni anatomiche limitate all'arteria centrale della retina.

Per la diagnosi differenziale tra retinite da tossiemia e da nefrite cronica, può valere il criterio oftalmoscopico, perchè nel primo caso l'esame del fondo dell'occhio rivela un quadro che va dalle emorragie limitate alla classica retinite albuminurica, con frequente coesistenza di distacco retinico; mentre nel secondo caso prevalgono le alterazioni vascolari, con impiccolimento e tortuosità dei vasi e aumento delle strie luminose.

Ciò però ha valore relativo allorquando la nefrite è di data piuttosto recente, non essendosi allora potuto stabilire il quadro morboso suddescritto.

In ogni modo risulta da tutto quello che precede il valore indiscutibile che assume l'esame oftalmologico, praticato non appena una gravida presenta dei sintomi iniziali d'intossicazione.

M. FABERI.

Morbo di Banti in gravidanza.

La osservazione fatta da Fino e Reynaud (*Gazz. osped. e clin.*, n. 41, 12 ott. 1924) di un caso di m. di Banti in una gravida porge agli AA. l'occasione di mettere in rilievo tre fatti:

1. *La nessuna influenza della gravidanza sul decorso della malattia* il cui carattere lento e progressivo non è stato in nessun modo modificato;

2) La *nessuna influenza della lesione splenica sulla gestazione e nel parto* nè come fattore meccanico nè dal punto di vista dell'alterato stato materno;

3) La *netta influenza invece della lesione splenica sullo sviluppo e sulla capacità potenziale*

dei nati dopo l'inizio del male. Infatti mentre i tre figli nati prima crebbero sani e robusti, gli altri tre, nati dopo, morirono uno per morbillo a 2 anni, il secondo a 3 mesi per forma meningea, il terzo poche ore dopo la nascita per stato timico-linfatico.

È parere quindi degli AA. che se l'indicazione all'aborto terapeutico ed all'interruzione della gravidanza in generale dev'essere esclusivamente la esistenza d'un grave pericolo per la donna durante lo stato di maternità, si deve andare molto cauti nello stabilire questo pericolo nei casi di forme splenomegaliche essenziali.

PALLADINI

Malattie mentali in gravidanza.

In una seduta della sezione di Ostetricia dell'Accademia Medica di New York M. S. Gregory (*Am. Jour. of Obst. a. Gyn.*, vol. VIII, n. 4, 1924), premessi brevi cenni storici sull'argomento, riporta 118 casi di psicopatie gravidiche da lui osservati.

Le forme maniaco-depressive rappresentano il gruppo più importante (52 casi, cioè il 42 %), e si caratterizzano per la loro periodicità, con l'alternativa di attacchi di eccitazione e di depressione. Le cause con le quali possono esser messe in rapporto per lo più sfuggono; talora invece si ritrova nell'anamnesi: infezioni, intossicazioni, esaurimenti, patemi d'animo, paure. In genere appaiono nel puerperio, e l'ereditarietà ha spesso importanza.

Il secondo gruppo (18 casi) è costituito dalla demenza precoce, la quale per lo più si sviluppa insidiosamente durante la gravidanza, per dare sintomi manifesti dopo il parto. In parecchi di tali casi, inoltre, la malattia preesisteva da varî anni, sebbene in forma assai mite. Anche qui si trovano forme depressive, accanto a forme di eccitazione.

Il terzo gruppo comprende 3 casi di psicosi epilettica; il quarto un caso di psicosi alcoolica a tipo polinevritico; il quinto quattro casi di psicosi con deficienza intellettuale.

Il sesto gruppo, numeroso, comprende 31 casi clinicamente riportabili al delirio, con etiologia conosciuta (infezioni, tossiemie, esaurimento) e manifestantisi con stato confusionale, disorientamento, allucinazioni.

L'ultimo gruppo comprende 5 casi di: « accessi transitori di eccitazione e confusione », da distinguersi dal gruppo precedente per la brevità dell'attacco e per la preponderante azione etiologica esercitata dai fattori psichici (paure, patemi d'animo, ansie, ecc.).

Riassumendo i caratteri di tutte queste varietà, l'A. sostiene che la denominazione: « follia puerperale » può al massimo venir applicata al solo gruppo delle psicosi da esaurimento per infezioni, trattandosi per gli altri gruppi di psicosi diverse per il decorso e per la terapia che richiedono, le quali incidentalmente possono apparire in tal periodo, rivestendo carattere di speciale gravità per le circostanze in cui si manifestano.

Per quanto riguarda la terapia, ha il massimo valore il seguire le regole più precise di igiene mentale.

Nella discussione seguìta alla relazione precedente, altri autori hanno insistito sulla necessità che il medico curi con ogni attenzione tale igiene psichica, ponendosi in intimo contatto spirituale col paziente, mentre da altri si espone l'opportunità che il curante dia consigli netti e precisi sulla maniera con cui devono essere praticati i rapporti sessuali durante il periodo gravidico.

Rispondendo infine ad analogo quesito, l'A. dichiara che lo svuotamento artificiale dell'utero deve essere riservato ai casi estremi, nei quali la terapia psichica non ha avuto alcun resultato.

M. FABERI.

La morte improvvisa nel puerperio.

Le cause di morte possono colpire la donna in tutte le fasi della puerperalità. Sono anzitutto da segnalarsi le intossicate, le eclamptiche, le quali muoiono durante una crisi o nell'intervallo, per una grande emorragia nel nevrasse. Oppure possono morire per emorragia retroplacentare. Talvolta si tratta di vomiti incoercibili; l'esito fatale si verifica allora, alle volte in occasione dell'aborto terapeutico, in quanto che la donna, esaurita dai vomiti, non può più sopportare il nuovo trauma.

Fra le intossicate, troviamo le donne con mola idatiforme, le cardiache, le quali muoiono qualche volta per edema polmonare, il più spesso per asistolia, talune anche improvvisamente per sincope. Il momento più pericoloso è nell'uscita del feto, poichè si ha uno squilibrio improvviso nella circolazione addominale a cui si deve ovviare, mettendo in opera dei mezzi di contenzione esterna per sostituire la mancanza di pressione, consecutiva all'uscita del feto.

Nelle tubercolotiche, il parto, con il suo traumatismo, è una causa frequente di morte, che sopravviene, di solito all'indomani, spesso improvvisamente. Analogamente possono agire l'influenza e l'ittero.

Esistono poi cause proprie ad ogni periodo del puerperio. Una di esse, veramente più propria della gravidanza, è la rottura di una gravidanza tubaria, che si verifica col quadro ben noto dell'inondazione peritoneale; la donna è destinata a morte inevitabile nella stessa giornata, se non

si interviene. Un'altra delle cause citate da Jeannin (*Journal des praticiens*, 2 ottobre 1924) è dovuta al tentativo di aborto criminale; la morte può aversi per azione riflessa, o per peritonite iperacuta, anche senza perforazione.

Fra le cause che si verificano durante il parto sono da menzionarsi anzitutto le emorragie, sia per inserzione viziosa della placenta, sia per le lacerazioni del collo, sia infine per il parto stesso. Una causa su cui si deve insistere è lo *shock*, che si manifesta con polso filiforme, alterazioni della respirazione, dell'aspetto, agitazione *jactatio*. Il più spesso però la donna si rianima.

Fra le cause di morte nel post-partum la più frequente è l'embolia che può essere precoce, ma anche tardiva, verso il decimo giorno. È poi da ricordare la rottura misconosciuta dell'utero. Anche le iniezioni endouterine di sublimato sono spesso state causa di morte.

Importante è di accertarsi che la morte è avvenuta realmente poichè, specialmente nelle eclamptiche, si verifica la morte apparente; donde la necessità di continuare a lungo la respirazione artificiale, la somministrazione di ossigeno, ecc.

Quando la morte è reale, e si ha dopo il settimo mese, si può supporre che il feto sia vivo, sicchè può presentarsi la necessità di praticare una cesarea. Questa, in tal caso deve essere fatta con tecnica perfetta, appunto per la possibilità che si tratti di morte apparente. Meglio è però di tentare con tutti i mezzi l'estrazione per le vie naturali, che per il rilasciamento degli sfinteri, non presenta difficoltà. I vantaggi di ordine sociale e medico di un tal modo di procedere sono evidenti. *fil.*

Embolie puerperali.

Secondo Achard (Lez. all'Hosp. Beaujon, *Gazz. Osp. e Clin.*, n. 34, 24 agosto 1924), gli accidenti da embolia nel puerperio sono assai frequenti e possono verificarsi con due modalità.

1. Le manifestazioni flebitiche precedono le manifestazioni emboliche.

2. Le embolie precedono le manifestazioni flebitiche.

Questa seconda è da tenere ben presente per evitare di confondere i sintomi embolici con quelli di altre malattie del polmone (congestione, bronco-polmonite, pleurite, tubercolosi) od anche con quelli di una nevralgia. In due casi l'embolia è stata preceduta da dolori addominali (embolie pelviche?).

Bisognerà quindi andare con attenzione alla ricerca dei minimi segni della lesione venosa (piccole elevazioni termiche nel puerperio, lievi dolori degli arti inferiori spontanei provocati dai movimenti o dalla pressione sul decorso di una vena, le piccole tumefazioni degli arti). Il saper sorprendere questi abbozzi delle flebiti è assai importante dal punto di vista della terapia la quale è unica per tutte due le modalità: immobilizzare le puerpere fino a che siano passati venti giorni senza febbre, diffidare sempre delle elevazioni termiche lievi e passeggiere e dell'aumento di frequenza del polso. PALLADINI.

IGIENE.

L'igiene del latte negli Stati Uniti.

La strenua lotta combattuta negli Stati Uniti per far osservare la legge federale che impone il regime secco è tutta volta a preparare un maggior benessere delle venture generazioni. E in sostituzione delle bevande alcooliche si è divulgato l'uso del latte, del quale si ostenta l'importanza quale fattore nutritivo.

In una conferenza tenuta a Parigi dal prof. Ch. Porcher (*La Tribune Médicale*, n. 9, 1924) che rappresentò la Francia nel Congresso delle industrie lattifere agli Stati Uniti nell'ottobre 1923, è descritto con parola entusiasta lo sviluppo rigoglioso che tale industria ha preso.

Sia nei locali pubblici che in privato è impressionante il consumo che si fa di « babeurre », a base di latte scremato, addizionato di fermenti lattici scelti; e di « ice-cream » cioè di crema al ghiaccio, composta di latte, crema e zucchero, profumati variamente, e agglomerati con un poco di gelatina. L'« ice-cream » è diventata, si può dire, una vivanda nazionale, che però non è suscettibile di esportazione, richiedendo la conservazione in ghiacciaia.

Affinchè questo eccezionale consumo di latte sia ben regolato; enti pubblici e privati, industriali e di beneficienza, cooperano strettamente, conducendo attive campagne di propaganda. È stato poi istituito uno speciale « National Dairy Council » (Consiglio nazionale dell'industria lattifera) comprendente varie sezioni che si occupano del controllo, del finanziamento, della pubblicità, della propaganda per mezzo di recite, cinematografie, conferenze, pubblicazioni varie. Agenti di tale Consiglio visitano periodicamente le vaccherie, ispezionano il latte, impartiscono consigli pratici sulla mungitura e sulla conservazione.

Nelle scuole poi si sono istituite delle speciali « classi di nutrizione », ove vengono raccolti i bambini più gracili e malandati in salute, per sottoporli a un razionale trattamento a base di latte. Le madri stesse cooperano alla buona riuscita dell'iniziativa, partecipando alla preparazione delle vivande. Dalle statistiche pubblicate risulta che, dopo tre mesi di simile dieta, l'aumento medio del peso di ogni fanciullo cresce da kg. 0,675 a kg. 1,750, con relativo maggior sviluppo delle capacità intellettuali e del profitto nello studio. M. FABBRI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La colina e sua importanza nel decadimento senile.

W. Held, di Chicago (*American Medicine*, settembre 1924) addita l'importanza della *colina* nel decadimento senile, nella morte prematura e in varie condizioni fisiche e mentali. La *colina* è un veleno ptomainico scoperto da Brieger — prodotto catabolico e di distruzione cellulare. — Lo si trova sopratutto nella bile e nel fegato; tracce se ne trovano normalmente nel sangue — dove però raggiunge gradi elevati in alcune condizioni patologiche (p. es., ittero). Vi sarebbe strettissimo rapporto tra ghiandole endocrine e colina: quando le ghiandole endocrine si infiltrano di colina esse perdono il ruolo disintossicante e protettivo per assumere invece quello di diffondere colina nell'intero organismo.

Il sangue carico di colina la deposita in alcuni punti della parete arteriosa, insieme con lipoidi, originando la lesione ateromatosa. In seguito poi all'infiltrazione calcarea le pareti arteriose perdono le loro proprietà osmotiche, sicchè gli scambi nutritizi vengono gravemente compromessi. Ma non v'è arteriosclerosi senza flebosclerosi e contemporanea sclerosi degli altri tessuti. Lo stabilirsi di tale sclerosi nei capillari cerebrali e renali dà origine ai quadri morbosi dell'apoplessia, dell'encefalomalacia, della sordità, ecc.

La responsabilità della colina nella produzione di tali stati morbosi sarebbe, secondo l'A., evidentissima. Cita a tal proposito gli esperimenti di Culp — che aggiungendo piccole quantità di colesterina (principale veicolo della colina) al cibo di conigli, riusciva ad ottenere in essi lesioni vasali identiche a quelle arteriosclerotiche. Per il Culp *la condizione essenziale per l'arteriosclerosi nell'uomo è l'aumento della colesterina nel sangue*. Donath, d'altra parte, sostenne che il sangue degli epilettici contiene un eccesso di colina. Se le ricerche di Culp sono esatte, gli epilettici dovrebbero quindi mostrare lesioni arteriosclerotiche marcate. Il dott. Volland, direttore della Colonia per Epilettici di Bethel (Germania) ha infatti pubblicato una memoria sulla frequenza dell'arteriosclerosi negli epilettici.

Il dott. Held ha determinato in tutti i malati con segni di arteriosclerosi e di ipertensione l'indice di colina e lo ha trovato sempre alto. Migliorando l'arteriosclerosi e riducendosi la pressione sanguigna, anche l'indice di colina si abbassava. Finora non si conosceva alcun solvente *in vivo* della colina, e lo stesso Abderhalden lo riconosceva in una lettera diretta all'A. nel 1922. L'A. però sostiene che il potere di « spezzare » la colina è posseduto « da secreti ghiandolari i quali siano stati sottoposti ancora freschi ad un processo fermentativo ». Il siero di un malato trattato con questo materiale ghiandolare « spezzatore di colina », iniettato ad un secondo organismo conferirebbe anche a questo la proprietà di sciogliere la colina e quindi abbassarne il contenuto nel sangue.

Un fatto analogo ha osservato Ligard: estratti testicolari iniettati in bestiame bovino, lo proteggono dalla peste bovina, ed il siero degli animali trattati in tal modo, iniettato ad altri animali, immunizza questi ultimi dalla stessa infezione.

Il prevenire i processi distruttivi provocati dalla colina significa cercare di prolungare la vita umana per mezzo della « rigenerazione ghiandolare ». A questo punto l'A. passa in rapida rivista gli esempi di longevità, dall'ameba alla Tardigrada Hufalindi, e dal cuore di pollo tenuto in vita per undici anni all'Istituto Rockefeller fino agli esempi di longevità umana (storica e possibilmente ben accertata).

La spiegazione di questa longevità umana è dovuta senza dubbio, secondo l'Held, alla mancata intossicazione da colina.

Si richiama poi l'attenzione nell'articolo citato, sulla importanza dell'aumento della pressione sanguigna per la prognosi dei rischi assicurativi, i quali sarebbero da due a quattro volte più alti, negli ipertesi (*anche di modico grado*) che non nei soggetti normali.

Col sistema di cura con estratti ghiandolari (non meglio indicati dall'A.) la pressione sarebbe scesa, in alcuni casi citati, da 160 a 110.

DR. L. GULLINI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Determinazione del glucosio nel sangue col metodo di Schaffer e Hartmann. — All'abbonato 10337, da G.:

Si prelevano 2-3 cmc. di sangue, che si mettono in un matraccino od una provetta, contenente qualche decigrammo di ossalato di sodio agitando poi cautamente. Ad 1 cmc. di questo sangue, messo in un matraccino, si aggiungono 10 cmc. di acido solforico 1/2 N. e 1 cmc. di soluzione al 20 % di tungstato sodico. Dopo agitazione, si lascia in riposo per 10 minuti, e si filtra; il filtrato deve essere perfettamente limpido. In un matraccino, si mettono 6 cmc. del filtrato, corrispondenti a 1/2 cmc. di sangue; ad esso si aggiungono 5 cmc. del reagente; si tappa e si mette il matraccio in acqua bollente, dove si tiene per 15 minuti precisi. Dopo raffreddamento sotto un getto di acqua fredda, si aggiungono 5 cmc. di acido solforico N e mezzo cmc. di salda d'amido all'1 %; la miscela assume colorazione verde-azzurra. Si lascia allora

cadere da una buretta, goccia a goccia agitando, una soluzione di tiosolfato sodico a 5/1000, N. Quando compare il color citrino, la reazione è finita. Si prende nota dei cmc. di soluzione di iposolfito, da cui si sottraggono quelli occorsi per la titolazione del reattivo, che si fa nello stesso modo, soltanto usando 6 cmc. di acqua distillata, anzichè del filtrato. Un cmc. della soluzione corrisponde a mg. 0,318 di rame ridotto.

Per la preparazione del microreagente, si sciolgono 40 grammi di carbonato di sodio anidro in circa 400 cmc. di acqua distillata. D'altra parte si sciolgono gr. 5 di solfato di rame e gr. 7,5 di acido tartarico in 150 cmc. di acqua; poi gr. 0,7 di jodato di potassio, gr. 10 di ioduro potassico e gr. 18,4 di ossalato di potassio in 250 cmc. di acqua, sempre distillata. Si mescolano le tre soluzioni, portando esattamente a 1000 cmc.

Per conoscere poi la quantità di glucosio corrispondente, vi sono delle tabelle, che sarebbe troppo lungo riportare qui; darò alcune cifre, dalle quali è possibile con l'interpolazione arrivare ai valori intermedi. A mg. 0,1 di rame ridotto, corrispondono mg. 0,014 di glucosio per cento; a mg. 1,0; glucosio mg. 0,100; a 2,0; mg. 0,182; a 3,0; mg. 0,266; a 4,0; mg. 0,342; a 4,8; mg. 0,412.

Come tutti i micrometodi, l'esattezza di questo è legata alla abilità dell'operatore, alla purezza dei reagenti, alla scrupolosa esecuzione, che non deve discostarsi dalle regole date. La quantità di glucosio contenuta nel liquido non deve superare 0,4 %, altrimenti si dovrà fare la diluizione. In queste condizioni, il metodo fornisce risultati esatti ed ha il pregio della rapidità.

FILIPPINI.

Al Dott. I. R., da Pola:

È consigliabile: M. MATTHES. *Diagnostica differenziale delle malattie interne*, F. Vallardi, ed. Milano, 1923. Prezzo L. 80. Per quanto riguarda il sintoma da lei accennato nell'encefalite letargica, favorisca dare qualche particolare sulla fonte dove lo ha trovato citato, chè si potranno fare ricerche, non appartenendo esso ai sintomi più noti.

fil.

All'abb. n. 1462:

Il lavoro del Ciarrocchi *Su di una non descritta dermatosi simmetrica, propria del terzo spazio interdigitale (spazio medio-anulare) delle mani* fu pubblicato nel *Giornale Italiano delle malattie veneree della pelle* del 1908 a pag. 239 e segg.

Una dermatosi analoga fu descritta dal Vignolo-Lutati nei lavoratori della gomma. Cfr. *Le dermatosi dei lavoratori* — premio agli abbonati del giornale « Il Policlinico » — 1915.

V. MONTESANO.

VARIA

Quanto costa la laurea in medicina in Italia.

« Il Medico di Domani » calcola le tasse, sopratasse, ecc., in L. 1280 all'anno; le spese per la tesi ed accessori in L. 2500; le spese annue di mantenimento ad un minimo di L. 6200 circa; l'intero corso sessennale importerebbe così circa L. 52,000. Nei primi due anni almeno di laurea la famiglia deve contribuire al mantenimento, con che si va a L. 58,000 circa. Se invece di studiare si fosse addetti ad un impiego con la semplice licenza liceale, si guadagnerebbe un minimo di L. 6000 annue ed in otto anni L. 48,000, che aggiunte alle precedenti danno circa L. 106,000. Computando gl'interessi al 5 % del solo denaro speso, si va a circa L. 132,000.

Il valore monetario delle lauree di tutti gli studenti di medicina, i quali si calcolano in numero di 10,000, ascenderebbe a circa un miliardo ed un terzo di lire.

Decadenza colturale in Russia.

Il commissario per l'educazione del popolo russo, Lunaciarski, lanciava, or è qualche tempo, questo appello: « Sulla terza fronte (così in Russia suole designarsi la lotta contro la ignoranza) si va preparando una disastrosa ritirata. I maestri patiscono la fame e non hanno libri. Eppure — continua sulla *Isvetia* il sentimentale Lunaciarski — professori ed accademici sono senza dubbio più utili allo Stato che un cane ammaestrato pel circo o la ballerina Geltzer (la passione del pubblico di Mosca)! Ma, tutte le volte che io ho cercato di spiegare al Consiglio dei commissari del Popolo come uno studioso fosse di grande utilità al paese e come fosse tempo di accordargli più dei sacrosanti ventotto rubli mensili, ho sempre ottenuto un rifiuto. Si trova naturalissimo che ogni dattilografa del Commissario economico prenda cinque volte di più del sullodato professore ». Questo è il grido esasperato del ministro stesso. Purtroppo, il caso della Russia non è isolato: anche altri paesi non deliziati dal bolscevismo lasciano decadere ignominiosamente la scienza e la coltura; uno dei primi posti in questa marcia all'indietro è occupato dall'Italia!

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

I. — Le nomine provvisorie degli ufficiali sanitari

Purtroppo si deve ancora discutere di nomine provvisorie per la vigilanza igienica.

Il quesito che si presenta frequentemente è questo: dove è possibile l'esercizio separato delle funzioni di assistenza sanitaria e di vigilanza igienica, *l'incarico provvisorio* deve essere conferito al medico condotto o al medico che esercita liberamente la professione nel Comune? E se l'incarico sia stato già attribuito al medico condotto, il Prefetto deve revocarlo se sopraggiunga nel Comune un libero esercente?

Non mi risulta che questa controversia sia stata risoluta dal Consiglio di Stato in *sede giurisdizionale*: forse è mancata la ragione pratica di ricorrervi, trattandosi per i medici condotti di un incarico senza speranza di stabilizzazione e per i liberi esercenti di una semplice aspettativa. In sede *consultiva* però, in occasione di ricorsi straordinari al Re, il Consiglio di Stato ha espresso *parere*, nel senso del principio della separazione delle funzioni anche nel caso di sistemazione provvisoria.

A questa tendenza corrisponde un recente decreto reale su ricorso del dott. Ernesto Venere (Terracina). La IV Sezione del Consiglio di Stato avrà presto occasione di decidere la controversia.

Credo, frattanto, non inutile una breve nota espositiva, anche per dare ragione della mia opinione personale.

Il sistema delle nomine degli ufficiali sanitari è stabilito dall'art. 18 del testo unico 1 agosto 1918, n. 636, in relazione a due ipotesi: le sole che possano essere prese in considerazione, perchè soltanto queste sono previste. A) L'ufficiale sanitario *sarà nominato dal Prefetto nella persona del medico condotto* in quei comuni nei quali non sia possibile l'esercizio separato delle due funzioni. All'ufficiale sanitario così nominato si applicano tutte le disposizioni relative al medico condotto, ad eccezione della stabilità, la quale cessa tostochè sia possibile scindere le due funzioni. B) *In tutti gli altri casi*, l'ufficiale sanitario sarà scelto fuori dei medici condotti e la sua nomina *sarà fatta per concorso*, secondo le norme da stabilirsi nel regolamento.

Così è stato modificato dall'art. 25 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, il terzo comma dell'art. 18 del testo unico, il quale disponeva invece che la nomina sarebbe stata fatta per titoli e per esami.

Questa variante non ha importanza ai fini del caso in esame.

Dunque, la seconda ipotesi riguarda la sistemazione *normale* e si concreta nella nomina definitiva in base a concorso; se questa non è possibile, così come è prevista, si attua la sistemazione provvisoria, la quale, per l'art. 18, si concreta esclusivamente nella forma dell'incarico al medico condotto.

Quando la legge considera la possibilità di scindere le due funzioni, si riferisce esplicitamente alla nomina definitiva in base a concorso e non all'incarico provvisorio.

Anche la formulazione letterale dell'art. 18 è in tal senso.

D'altra parte, è logico e conforme al sistema della legge che soltanto queste due ipotesi siano previste.

Se « in ogni Comune » deve essere nominato un medico ufficiale sanitario (art. 2 del testo unico) e se alla nomina si deve provvedere nelle forme normali, cioè mediante concorso e con efficacia definitiva, l'incarico provvisorio costituisce una eccezione, giustificata soltanto dalla impossibilità di separare le due funzioni, cioè di attuare il sistema normale. Ma questo incarico, unico ipotizzabile fuori della regola, appartiene al medico condotto per tassativa disposizione dell'art. 18, primo comma.

Il dubbio che è oggetto di questa nota non sarebbe sorto se la legge fosse stata applicata correttamente, cioè se in tutti i Comuni nei quali era possibile separare le due funzioni si fosse provveduto alla nomina per concorso.

Ma il ripiego della provvisorietà è divenuto un quasi sistema, che ha trovato un precedente e un punto di riferimento nelle disposizioni transitorie del regolamento sanitario 19 luglio 1906, dal quale in sostanza trae origine la tesi dell'incarico a medici liberi esercenti.

L'art. 111 del regolamento prevedeva, *con disposizione di carattere transitorio*, il caso della nomina provvisoria, fuori dei medici condotti, nei Comuni con popolazione inferiore a 30,000 abitanti; ma questa eccezione, così circoscritta, fu prevista e il relativo potere fu attribuito al Prefetto, per un periodo di tempo determinato, cioè sino al 31 dicembre 1908: il termine fu poi prorogato di anno in anno sino al 31 dic. 1911.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

Questa ipotesi di nomina provvisoria eccezionale fu ammessa per rendere possibile la costituzione dei Consorzi, evitando frattanto nomine definitive nei Comuni minori che si riteneva potessero provvedere meglio al servizio riunendosi in Consorzio.

Ma la disposizione transitoria dell'art. 111 non è più efficace, sin dal 1° gennaio 1912; sicchè, anche per i Comuni con popolazione inferiore a 30,000 abitanti si deve applicare il sistema legale regolato dall'art. 18 del testo unico: nomina definitiva di un medico libero esercente, in base a concorso, se è possibile separare le due funzioni; nomina provvisoria del medico condotto, negli altri casi.

Ne deriva, per conseguenza, che l'incarico già conferito al medico condotto non può essere revocato per il solo fatto che si stabilisca nel Comune un medico libero esercente e che, verificandosi questa ipotesi, si deve bandire il concorso per provvedere alla nomina definitiva.

La questione sarà forse superata dal regolamento che sarà pubblicato per la esecuzione del R. D. 30 dicembre 1923 e del nuovo testo unico: è da augurare che sia così anche perchè si uscirebbe fuori di una situazione irregolare.

Ma sino a quando non si entri decisamente sul binario della normalità, e si persista illegalmente nel sistema delle nomine provvisorie anche quando è possibile separare le due funzioni, si dovrebbe applicare il primo comma dell'art. 18, costituendo una *deviazione* dalla previsione legale l'incarico provvisorio ad un medico libero esercente.

Si entri nella normalità, ma in pieno, mediante nomine definitive e si evitino ripieghi arbitrari contrari alla legge.

II. — Efficacia dell'approvazione degli atti amministrativi.

Qualora l'atto di un ente sia per legge o per regolamento sottoposto all'approvazione superiore, l'organo investito di questa funzione interviene a completare il provvedimento nella sua sostanza e, quindi, l'atto non ha efficacia giuridica se non sia intervenuta l'approvazione superiore. (Consiglio di Stato, Sezione IV, dec. 4 luglio 1924, n. 677).

III. — Limiti del Sindacato per eccesso di potere nei casi di concorsi ad impiego pubblico.

L'Associazione genovese contro la tubercolosi indisse un concorso per il posto di medico direttore dell'opera stessa, stabilendo che i concorrenti esibissero documenti e pubblicazioni attestanti specifica competenza a dirigere servizi antitubercolari. La Commissione esaminatrice stabilì di distinguere per ciascun candidato l'attività scientifica, la capacità e la competenza direttiva; poi rilevò: che per il concorrente G. i titoli dimostravano preparazione scientifica, in ordine alla tubercolosi, nonchè attitudini a funzioni direttive; per l'altro, risultava dimostrata l'attitudine direttiva, ma le pubblicazioni non riguardavano la patologia e la clinica della tubercolosi. Dopo ciò la Commissione graduò i concorrenti, ponendo al primo posto il dott. G., ed al secondo l'altro. Il Consiglio dell'Associazione, valendosi della facoltà di scegliere fra i primi tre graduati, nominò il secondo.

Contro questa nomina produsse ricorso il dott. G. per vari motivi, fra i quali questo: che la Commissione esaminatrice, mentre nella motivazione avrebbe rilevato ragioni conducenti alla ineleggibilità dell'altro concorrente, in definitiva nelle conclusioni lo avrebbe dichiarato eleggibile.

La IV Sezione, con decisione 7 aprile 1923, ritenne che, a norma dell'avviso del concorso, fossero condizioni di eleggibilità così l'attitudine direttiva come la competenza specifica in materia di servizi antitubercolari, rilevò pure che la Commissione non aveva creduto ravvisare in uno dei concorrenti la competenza scientifica sudetta e quindi annullò la nomina per contraddizione fra le premesse e la conclusione del giudizio della Commissione.

Contro questa decisione fu prodotto ricorso alle Sezioni Unite della Corte di Cassazione del Regno per eccesso di potere. Le Sezioni Unite con sentenza 21 ottobre 1924, ric. Ghiglione, hanno dichiarato, anzitutto, che l'eccesso di potere, come vizio di legittimità degli atti amministrativi, denunziabile innanzi alle Sezioni contenziose del Consiglio di Stato, *si riferisce non solo alla deviazione di potere, ma anche al travisamento di fatti o alla mancanza di causa dell'atto amministrativo* (come nel caso di contraddizione fra motivazione e dispositivo o di motivazione irrazionale).

Premesso ciò, ha dichiarato che giustamente è annullata per eccesso di potere la nomina ad un impiego pubblico se la Commissione giudicatrice del concorso, dopo aver ritenuto che il concorrente su cui cadde la nomina fosse fornito soltanto di uno dei due requisiti richiesti dal bando di concorso per la eleggibilità, nel dispositivo, anzichè dichiararlo ineleggibile, lo abbia compreso nella terna degli eleggibili.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Come è organizzata a Roma la lotta antitubercolare.

La lotta antitubercolare a Roma si svolge, da più anni, attraverso l'opera del Comitato Romano contro la Tubercolosi, costituito in Opera Pia. Il suo organo tecnico ed esecutivo è l'Ufficio Centrale; campo di azione la profilassi, l'assistenza sociale e la propaganda; mezzi per l'esplicazione di queste attività, tutte quelle opere antitubercolari cittadine che fanno parte, attualmente, della Federazione, sorta per iniziativa del Comitato stesso. Più di 60 istituzioni, compresi i maggiori Enti pubblici, compongono questa Federazione. Ogni istituzione che vi partecipa, ha un rappresentante. Tutte le Istituzioni sono raggruppate in categorie. Ogni categoria ha finalità determinate, che vanno dalla tutela della prima e seconda infanzia, alle varie forme di assistenza per adulti e bambini; dal finanziamento alla politica sanitaria delle abitazioni. Le unità federali sono collegate all'Ufficio Centrale, che le muove a seconda dei vari bisogni, determinati dalla conoscenza dei casi. L'Ufficio Centrale è perciò il punto di partenza di ogni provvedimento profilattico o assistenziale: l'organo fondamentale del Comitato Romano, per il cui tramite dovrebbero collegarsi le azioni di tutte le opere antitubercolari federate. Se fino ad ora questi ingranaggi non hanno funzionato con armonia di azione, e se non pochi di questi ingranaggi sono rimasti ancora senza movimento, ciò non infirma il piano della lotta antitubercolare cittadina quale fu concepito dal Comitato Romano: significa piuttosto che non si è raggiunta ancora quella coordinazione di intenti e di attività, che occorre per i progressi della lotta antitubercolare.

Il Comitato Romano, convinto di questa fondamentale necessità, continuerà ne' suoi sforzi perchè l'accennata condizione abbia presto a realizzarsi; diventi cioè effettiva la cooperazione fiduciosa, fervida, disciplinata di tutte le opere, che direttamente o indirettamente possono efficacemente concorrere al movimento antitubercolare della Capitale. Intanto il Comitato ha ragione di compiacersi di quel poco che ha fatto finora per la difesa cittadina dal flagello tubercolare. A parte la protezione dell'infanzia predisposta alla tubercolosi, della quale esso si è occupato con risultati oltremodo soddisfacenti, attraverso l'ottima organizzazione delle Colonie Marine proprie, e della Colonia diurna per bambini gracili; a parte i collegamenti realizzati con altre Colonie climatiche, si deve riconoscere al Comitato Romano il merito di avere avviato specialmente il concorso dei dispensari antitubercolari cittadini, provvedendo i malati di petto di un centro, nel quale essi possano aver modo di essere accettati, assistiti, e di apprendere la maniera di non nuocere a sè e agli altri. Questa fusione di congegni e di attività, intorno alla quale il Comitato Romano continua a svolgere ogni sua migliore energia, dà alla lotta antitubercolare il giusto indirizzo, e pone il Comitato Romano alla testa del movimento antitubercolare cittadino.

(Dal «Bollettino Mensile del Comitato Romano contro la Tuberc.», n. 2).

Cronaca del movimento professionale.

Collegio-convitto per gli Orfani dei Sanitarii Italiani in Perugia.

Il Consiglio di Amministrazione si è adunato sotto la presidenza del sen. Simonetta, il quale ha reso noto che i deputati dell'Umbria si sono impegnati a presentare un progetto di legge d'iniziativa parlamentare per l'*aumento del contributo obbligatorio dei sanitari*, mentre il Congresso dei medici condotti adunatosi a Trento si è pure espresso in tale senso; il dott. Pimpinelli riferì sull'ordine del giorno approvato in questa occasione, per l'«aumento del contributo obbligatorio *senza limitazione sulla misura* e cioè *in rapporto alle esigenze dell'Opera Pia*»; il dott. Persi dichiarò che i farmacisti si sono già pronunziati in senso favorevole e il dott. Bisanti garentì l'adesione dei veterinarî; si convenne di fissare per il 1925 il contributo in L. 24.

Il presidente accennò alle modificazioni dello Statuto, per le quali era in corso un decreto ministeriale, ed alle quali restano subordinate le prossime elezioni. Chiese e ottenne la ratifica di varie deliberazioni d'ordine amministrativo già prese dalla Giunta.

Dal resoconto morale è emerso che il risultato scolastico è stato dei più lieti; così tutti gli orfani presentatisi agli esami di Stato furono promossi; e tra le orfane una sola è caduta, due sono state ammesse a riparare. Il numero complessivo delle assistenze, nell'anno scolastico 1923-24, è stato di 280, e sarà almeno di 295 nel successivo, con 24 assistenze cessanti, 39 assistenze nuove, 17 respinte e 5 sospese.

Il bilancio preventivo per il 1925 importa lire 681,752.40, con una lieve riduzione rispetto al 1924. Esso è stato approvato.

Per i Medici di bordo.

L'Associazione Nazionale dei Medici della Marina Mercantile, rivolgendosi al Direttore della Compagnia di Navigazione «Marittima Italiana», che si lamenta perchè i medici proposti per l'imbarco non conoscono la lingua inglese, ha fatto osservare che, sebbene il compianto segretario dottor Bassoni, quale membro della Commissione per il Regolamento di Sanità Marittima, avesse proposto di sancire, in un articolo, la necessità che

all'esame di abilitazione si desse prova di conoscere lo spagnolo e l'inglese, il Ministero preferì stabilire la facoltà di scelta da parte del candidato per quanto riguardava le lingue estere. Ciò prova, che la lingua inglese non è obbligatoria, e che la prefata Compagnia di Navigazione non ha motivo di dolersi.

L'Associazione ha iniziato una campagna intesa ad ottenere, al medico che s'imbarca, la concessione di una indennità di lingue estere, sull'esempio delle Compagnie francesi, le quali corrispondono ai loro medici, per ogni lingua estera posseduta, una somma che varia secondo le Compagnie, ma che non è inferiore mai a cento frs. mensili. Se anche le nostre Compagnie adottassero questo metodo di incoraggiamento, potrebbero ottenere dai medici ciò che oggi è per legge soltanto facoltativo.

L'Associazione fa osservare che essa, tutrice dei suoi associati, non ha mancato di segnalare l'utilità di conoscere la lingua inglese, quando si trattò di modificare il regolamento per gli esami d'abilitazione all'imbarco; e però non è da censurarsi ora se per i medici che posseggono tale conoscenza reclama una speciale indennità.

*
* *

L'Associazione nazionale dei Medici della Marina Mercantile rende noto ai medici che esercitano l'avventiziato come professione, che in seguito ad accordo concluso col Lloyd Triestino, i posti di medici aggiunti di cui essa può disporre sono notevolmente aumentati.

Così chi vorrà viaggiare sempre senza distinzione di linea, di piroscafi, di stagioni, come realmente dovrebbero tutti i Soci inscritti nella Categoria A, potrà farlo con sicurezza, poichè da ora innanzi i periodi di sbarco saranno brevissimi e la professione di medico-aggiunto darà a chi la eserciterà affidamento di cespite professionale continuo e sicuro.

Per gli stipendi dei medici condotti.

La G. P. A. di Pesaro ha diviso i comuni della provincia in 4 categorie e stabilito gli stipendi in lire 7000, 7500, 8000 e 9000, con dieci aumenti biennali del ventesimo e caro-viveri. Indennità cavalcatura 3000 lire. Per i consorzi 1000 lire in più.

La G. P. A. di Sassari ha diviso i comuni in tre categorie fissando gli stipendi di L. 8500, 9500 e 10500.

La G. P. A. di Reggio Emilia ha stabilito quattro categorie di comuni con gli stipendi di L. 8000, 9000, 10000 ed 11000. Per i consorzi indennità suppletiva di L. 2000. Indennità di trasporto variabile dalle L. 500 alle 3000.

La G. P. A. di Brescia ha ammesso quattro categorie di comuni, con L. 8000, 9000, 10000 e 12000, sei aumenti quinquennali del decimo e caro-viveri.

Per il titolo di specialista.

Ad analogo quesito propostogli dall'Ordine dei Medici di Milano il Ministero della P. I. ha risposto che « il titolo di medico-specialista spetta esclusivamente ai laureati in medicina e chirurgia che abbiano i requisiti prescritti dall'art. 4 del R. Decr. 30 dicembre 1923, n. 2909 ».

Quindi anche i medici, che già esercitavano le varie specialità, non avrebbero il diritto di portare il titolo di specialista.

Riconoscimento giuridico degli Ordini delle Levatrici.

Il Bollettino della Federazione Italiana fra gli Ordini delle Levatrici reca che il 25 p. p. ottobre la Preside della Federazione — sig.ra Rosina Malacarne — riceveva da S. E. Oviglio, Ministro della Giustizia e degli Affari di Culto, la lettera seguente:

« In risposta alla lettera di codesta Federazione, in data 20 corrente, si comunica che essendo stato ritenuto dai Ministeri competenti che l'esercizio dell'arte ostetrica possa comprendersi fra quelle da disciplinarsi in base al Decreto-legge 24 gennaio 1924, numero 103, è stato richiesto al Ministero dell'Interno di designare le persone da comprendersi fra i componenti della Commissione che dovrà formulare le proposte di regolamento ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. *Opere Pie Ospitaliere.* — Chirurgo primario presso gl'Istituti Ospitalieri; L. 5000 oltre 45 % atti operativi ricoverati a pagamento; titoli ed eventualm. esame; biennio di prova e due conferme decennali; età limite 40 estensibile a 45; scad. ore 17 del 15 gen.; tassa L. 50.15, al Tesoriere. Chiedere annunzio.

BRONI (*Pavia*). *Osp. Civile.* — A tutto il 10 gen., medico direttore; L. 7.000 e 4 quadrienni decimo; c.-v. in L. 100 mens. Età mass. 44 a.

CANNARA (*Perugia*). — A tutto il 31 gen.; due condotte a servizio alterno semestrale; età massima 40; stato di fam.; tassa L. 50.10; stip. lire 7000 oltre la seconda indenn. c.-v.; L. 2000 cavalc.; L. 600 servizio attivo.

COPPARO (*Ferrara*). *Ospedale Civile Mandamentale.* — Proroga al 31 gen. dei concorsi a chirurgo primario, medico primario e aiuto chirurgo. I titoli di cui al n. 7 lettere *a-c* del bando saranno tenuti in considerazione di preferenza e non già come indispensabili per l'ammissione al concorso.

FANO (*Pesaro-Urbino*). — Chirurgo condotto primario; L. 10.500 pei poveri, dieci bienni del ventesimo, indenn. c.-v., 50-70 % atti operatori; riconoscimento servizio prestato in altri comuni. Scadenza 10 gen.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. N. e Stabil. Riuniti.* — Aiuto e due assistenti specialisti per il Reparto Tubercolotici a Careggi; età lim. ri-

spettiv. 35 e 30 anni; nom. e conferma biennali; L. 5250 e L. 5000 rispett.; c.-v.; laurea da 4 anni e 2 anni di servizio effettivo in Ospedali o Cliniche. Scad. ore 18 del 10 genn. Serv. entro 15 gg.

GENOVA. *Istituto Maragliano*. — Due assistenti volontari e quattro posti di studio gratuiti. Vedi fasc. 51 del 1924.

GROTTE DI CASTRO (*Roma*). — Una delle due condotte. Scad. 31 gen. Situaz. fam. Tassa L. 50,15 al Tesoriere Com. Stip. L. 7000 e 4 quadrienni decimo; primo c.-v. per intero; secondo c.-v. per le sole persone a carico; L. 500 se ospedale e ambulat. Servizio semestrale alterno nelle due condotte. Chiedere annunzio.

IMOLA (*Bologna*). — Scad. 15 gen.; due condotte, per Ponticelli e Sesto Imolese; L. 8000 e 5 quadrienni; *forfait* di L. 1000 per i poveri oltre 1000; c.-v.; mezzo trasp. L. 3000. Tassa conc. lire 50.10.

IVREA (*Novara*). *Ospedale Civile*. — Scad. 20 gen. Chirurgo primario. Per informaz. rivolgersi all'Amministrazione. Tassa L. 50.10.

ORBETELLO (*Grosseto*). *Congreg. di Carità*. — Chirurgo primario dell'Ospedale S. Giovanni di Dio; L. 11.000 e due quinquenni decimo; un c.-v.; 30 % proventi tasse di cura ricoverati camere a pagam. Scad. 20 gen. Età mass. 40. Un biennio importanti servizi di chirurgia. Titoli. Chiedere annunzio.

PREGANZIOL (*Treviso*). — Scad. 10 gen. Stip. L. 8000, c.-v., trasp. L. 3500, uff. san. L. 700; esercizio biennale; situaz. famiglia; tassa L. 50. Capitolato in corso di approvaz.

PRESCEGLIE (*Brescia*). — Proroga 10 gen., con Odolo; nuovo stipendio minimo L. 10.000; indenn. cav. e c.-v.; compenso uff. san. come dalla G. P. A. Tassa L. 50.10 al Commissario.

CONCORSI A PREMIO.

MILANO. *Reale Società Italiana d'Igiene*. — Concorso per un opuscolo inedito di propaganda antialcoolista, destinato alle classi operaie, che illustri in forma piana, semplice, ordinata ed attraente (eventualmente anche con figure) i principali danni derivati dall'abuso dell'alcool. Il premio consiste in una medaglia d'oro del valore di circa lire cinquecento, sulla quale verrà inciso il nome del vincitore del premio e la dicitura: « Premio della Reale Società Italiana d'Igiene ». Presentare entro il giorno 31 maggio 1925 alla Segreteria gli esemplari dell'opera in duplice copia dattilografata, contrassegnata da un motto ripetuto in busta chiusa e sigillata.

Per ulteriori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria, via S. Paolo n. 10, per lettera, o al giovedì dalle 21 alle 22.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il Consiglio dei Professori della Facoltà di Medicina della R. Università di Bari, adunatosi per la prima volta il 5 nov., deliberava all'unanimità i seguenti incarichi:

Metodologia: prof. Pende; traumatologia ed ortopedia: prof. Leotta; patologia speciale chirurgica: on. prof. Paolucci; patologia speciale medica: prof. Barbara; medicina operatoria: prof. Bonomo; patologia delle malattie tropicali: prof. Germano; stomatoiatria ed odontoiatria: on. prof. Perna; otorinolaringoiatria: prof. De Carli; radiologia: prof. Attilj.

Il dott. Alberto Ciotola ha conseguito la libera docenza in patologia chirurgica. La commissione era composta dei proff. Perez, Dalla Vedova, Pestalozza, D'Agata e Niosi. La tesi verteva sulla « Metastasi neoplastica »; la lezione sull'« Appendicite acuta ». Rallegramenti.

Il prof. Antonio Lombardi, libero docente nella R. Università di Napoli, è nominato commendatore nell'Ordine della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso Internazionale di Anatomia.

Nei giorni 6, 7 ed 8 aprile 1925 si terrà a Torino la 20ª riunione dell'« Association des Anatomistes ». Presidente del Congresso è il professore G. Romiti; vice-presidenti sono i proff. Prenant, Sala e Levi.

Gli anatomici e zoologi italiani anche se non appartenenti all'Associazione saranno ospiti graditi del Congresso.

I titoli delle comunicazioni potranno essere inviati al prof. G. Levi (Istituto anatomico, corso M. d'Azeglio, 52, Torino), il quale li trasmetterà poi al segretario perpetuo dell'Associazione. Le richieste attinenti ai mezzi di dimostrazione dovranno essere rivolte al prof. Levi.

Congresso Internazionale di Talassoterapia.

Secondo quanto fu stabilito al Congresso Internazionale di Venezia, Arcachon sarà sede della VII riunione internazionale di Talassoterapia che si svolgerà nei giorni 22, 23, 24, 25 aprile p. s.

Il tema ufficiale messo all'ordine del giorno è: « La cura marina del rachitismo e lo studio analitico della sua azione ». Relatori saranno per la Francia i dott. Armand-Delille (Parigi), Jaubert (Hyères), Jouffray (Cannes), Mercier des Rochettes (Biarritz), Saint-Martin (Carnac), prof. Pech (Montpellier); per il Belgio i dott. Delcroix (Ostenda), André (Breedenne sur Mer); per l'Italia il prof. Giulio Ceresole e il dott. Bardisian. Le lingue ufficiali del Congresso saranno la francese, l'italiana e l'inglese.

Il Presidente della Repubblica Francese ha concesso il suo alto patronato.

Presidente effettivo del Congresso è il dott. Lalesque.

Comitati speciali sono costituiti per la Francia, per il Belgio, per l'Inghilterra e per l'Italia. Il Comitato Italiano è presieduto dal prof. Sen. Edoardo Maragliano.

Tassa di iscrizione fr. 50 per i membri effettivi e fr. 30 per i membri aggregati.

Le iscrizioni si ricevono presso il Segretario del Congresso dott. Chauveau in Arcachon (Francia), al quale si invierà la quota di iscrizione. Per tutte le informazioni rivolgersi al prof. Giulio Ceresole, Segretario Generale per l'Italia dell'Associazione Internazionale di Talassoterapia - Ospedale Civile - Venezia.

Scuola medico-periziale giudiziaria.

Alla Segreteria della Facoltà Medico-Chirurgica nella R. Università di Genova sono aperte le iscrizioni al Corso annuale dei medici aspiranti al « Diploma di Perito Medico-Giudiziario e delle Assicurazioni Sociali », istituito con D. n. 20946. Il Corso comprende: Medicina Legale (prof. G. G. Perrando), Traumatologia (prof. G. Lusena), Infortunistica (prof. A. Peri), Polizia giudiziaria (prof. Tomellini), Psichiatria forense (prof. A. Morselli), Tecnologia, ecc.

Agli iscritti dopo aver compiuto il corso e superate le prove teorico-pratiche d'esame viene conferito il diploma rettorale di « Perito Medico-Giudiziario e delle A. S. ». Il corso corrisponde alle finalità dell'art. 209 del nuovo Codice di P. P. Le iscrizioni sono in numero limitato. Per informazioni rivolgersi all'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Genova - Via Bertani. Le domande d'iscrizione devono recare cognome, nome, paternità, domicilio, e residenza del medico aspirante, nonchè il certificato di laurea, e devono essere indirizzate all'Università, Segreteria della Facoltà di Medicina, via Balbi, Genova, non più tardi del 20 gennaio 1925. Tassa unica d'iscrizione L. 300.

Una conferenza del prof. Mingazzini ad Amburgo.

Invitato dal Senato della città di Amburgo, per il tramite dell'Ambasciata Germanica, a tenere una conferenza scientifica in quella Università, il prof. G. Mingazzini ha parlato sulle afasie, dinanzi ad un pubblico numeroso composto delle più alte Autorità accademiche e municipali. Alla fine del discorso gli fu offerto un banchetto insieme ad un artistico Diploma nel quale gli si conferisce l'ambito titolo di Membro Onorario della città di Amburgo. I rappresentanti delle Autorità espressero ed in tedesco ed in italiano il desiderio di avere più frequenti contatti con gli scienziati d'Italia; ciò del resto si avvia ad essere un fatto compiuto, poichè di recente hanno tenuto conferenze interessantissime a Roma i proff. Weigandt e Breuer, ed a Palermo l'igienista prof. Much.

Possano a vantaggio della scienza essere soddisfatti dai nostri i desideri di coloro che onorano la giovane Università di Amburgo.

Corso di perfezionamento di radiologia medica.

Nell'Istituto di Elettroterapia e di Radiologia della R. Università di Genova, sarà tenuto nei mesi di febbraio e di marzo p. v. un corso di perfezionamento in Elettroterapia e Radiologia. Il numero dei partecipanti sarà limitato a dieci. La tassa di iscrizione è di L. 300 e darà diritto ad un certificato. Indirizzare le richieste al prof. Vittorio Maragliano, direttore dell'Istituto di Elettroterapia e Radiologia, Ospedale Pammatone, Genova.

Alla Società Romana di Antropologia.

Il 20 dicembre ebbe luogo l'ordinaria adunanza della Società Romana di Antropologia sotto la presidenza del prof. R. Almagià. Il prof. A. Niceforo presentò i risultati di sue ricerche statistiche sull'andamento della tubercolosi in Italia prima, durante e dopo la guerra, sulla distribuzione regionale della malattia in Italia e sulle relazioni di essa con l'età, il sesso, lo stato civile e la densità della popolazione. Il prof. Ugo Antonelli parlò della recente esplorazione di un sepolcreto a inumazione scoperto a Pascolaro a Marino.

Per valorizzare le stazioni idriche e climatiche.

La Federazione fra gli Stabilimenti balneari, idrologici e termali ha tenuto, il 21 dicembre u. s., in Roma, un'adunanza presieduta dal gr. uff. A. M. Rebucci, il quale ha illustrato l'attività svolta dal Consiglio direttivo per conseguire notevoli semplificazioni nei procedimenti fiscali, che impastoiavano un'industria la quale onora il paese e ne ristora le finanze. Ha accennato alla opportunità e utilità di sostituire all'interferenza di organi statali suddivisi in molti dicasteri, la competenza di un organo statale unico, composto o assistito da esperti. Questo concetto è stato ulteriormente svolto dall'on. prof. Bussi: gioverebbe creare un *ganglio* centrale tecnico che assumesse in sè lo studio pratico-legislativo-tecnico per tutte le questioni serie e complesse e che annullasse le interferenze burocratiche. Allora soltanto la valorizzazione sarà reale fonte di ricchezza alla nazione nella esplicazione del suo ricco patrimonio. La direzione generale di Sanità pubblica non dovrebbe, come ora, rimanere assente, ma farsi centro propulsore.

L'avv. Violati, segretario generale, auspica alla collaborazione della Federazione con tutti gli altri Enti ed Associazioni aventi scopi paralleli o convergenti, per la progressiva elevazione della ricchezza termale italiana; richiama l'opportunità di non perdere di vista, dopo i recenti successi conseguiti, la realizzazione dei molti problemi la cui soluzione è generalmente attesa dai federati.

Il presidente Rebucci riferisce quindi lucidamente sul tema *Credito per la organizzazione moderna delle terme italiane e sulla legislazione della tassa di soggiorno*, sostenendo la necessità che sieno prorogate pel 1925 le norme vigenti e la funzione dei comitati di cura, in attesa di studi che consentano il trapasso organico e razionale con le norme della legislazione di cui al decreto legge 18 novembre 1923, nella fiducia che il pro-

vento della tassa di soggiorno sia lasciato in piena disponibilità ai Comuni. Tuttociò subordinatamente alla finalità cui tende la Federazione e cioè che il Governo provveda alla differenziazione giuridico-amministrativa del Comune di cura dal Comune ordinario, colla estensione a tutti i Comuni di cura del *Comitato di cura*, avente gestione speciale per ciò che interessa la disciplina d'ogni miglioramento funzionale ed il servizio pubblico nell'ambito della stazione di cura.

Venne approvato il bilancio dell'esercizio federale esposto dal revisore rag. Tosi. Da ultimo furono confermati per acclamazione i consiglieri uscenti.

Il servizio medico-scolastico e la protezione dell'adolescenza in Inghilterra e Stati Uniti.

Facendo l'analisi di un libro di R. Sand, riguardante l'interessante soggetto dell'assistenza scolastica, il dott. Rouèche (*Jour de Méd. de Paris*, n. 34, 1924) fa risaltare i grandi progressi raggiunti in tal campo in Inghilterra e negli Stati Uniti.

In Inghilterra, per esempio, già nel 1919 esistevano 1300 medici ispettori scolastici, 200 dentisti scolastici, 1700 infermiere e 550 ambulatorii scolastici, oltre 460 scuole speciali per anormali.

Grande importanza si dà in quei paesi alle infermiere visitatrici, che si pongono a contatto colle famiglie degli scolari, curando la prevenzione e il trattamento delle malattie, il quale si fa negli appositi ambulatorii, forniti di ottimi specialisti.

Per porre riparo ai disturbi della nutrizione, negli Stati Uniti sono sorte delle classi speciali ove gli alunni sono pesati e misurati, e forniti di tutti gli ammaestramenti richiesti dai singoli casi.

Cure speciali vengono rivolte all'educazione fisica, facilitata dall'esistenza di numerosi campi da giuoco, e dalla formazione di squadre di ragazzi esploratori, riconosciute dal governo.

Per la Facoltà medica delle Marche.

Una rappresentanza delle città di Camerino e di Ancona, presentata dall'on. Polverelli, è stata ricevuta da S. E. il Presidente del Consiglio, assistito dai Ministri De Stefani e Casati, per presentare loro il progetto per il completamento della Facoltà medica delle Marche. Il progetto è stato favorevolmente accolto.

Il premio Nöbel per la medicina.

È stato assegnato per il 1924 al prof. Guglielmo Einthoven. Questo eminente scienziato nacque nel 1860 a Semerang, nelle Indie Olandesi; dall'età di 26 anni è professore di fisiologia nell'Università di Leida (Olanda). Una delle sue scoperte più notevoli, compiuta nel 1901, fu il galvanometro a corda, che ha permesso di approfondire la fisiologia del cuore, dei nervi, dei muscoli ed è stato applicato all'elettrocardiografia.

Fra le moltissime sue pubblicazioni segnaliamo: « Il terzo cuore »; « La forma e l'ampiezza della risposta elettrica dell'occhio agli stimoli luminosi »; « La dottrina delle energie specifiche »; « sulla fibrillazione auricolare »; ecc. Sono stati suoi collaboratori ed allievi Wieringa, Lint, Korteweg, Geluk, Fahr, ecc. La sua opera si è imposta sempre più nel campo medico.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. Ascoli, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 12 Gennaio 1925 Fasc. 2

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LEZIONI CLINICHE.

CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretta dal prof. DOMENICO TADDEI.

Sulle forme non comuni dell'osteomielite ematogena.

Lezione clinica tenuta dal prof. DOMENICO TADDEI il 9 dicembre 1924. Raccolta dai dottori M. BUFALINI e G. MILLUL.

Vi presento quest'oggi due casi di affezioni scheletriche apparentemente differenti, che in sostanza si possono ricondurre allo stesso momento etiologico. Si tratta tuttavia di forme che per il quadro clinico escono dal comune e che ritengo degne di speciale considerazione.

Il primo di questi casi si riferisce ad un giovane di 17 anni, che circa una settimana addietro fu colto da un dolore non molto vivo un po' al di sopra del ginocchio destro; nella notte il dolore andò attenuandosi fino a scomparire completamente sì che al mattino il giovane potè lasciare il letto e camminare senza difficoltà. Nel pomeriggio però il dolore insorse di nuovo e questa volta con carattere di maggiore intensità, accompagnato da temperatura febbrile che si elevò in poche ore fino ai 40° ed a vomito biliare, che si ripetè per i primi tre giorni di malattia. La temperatura in questi sette giorni e cioè fino al

momento dell'ingresso del malato in Clinica si è sempre mantenuta elevata con brevi remissioni. Anche il dolore, a tipo gravativo, si è in questo tempo mantenuto e sempre localizzato al terzo inferiore della coscia; ogni movimento dell'arto lo esacerbava.

Nell'anamnesi di questo malato nessun precedente morboso di particolare interesse. Ritengo tuttavia degno di nota il fatto che il paziente, per il suo mestiere di calzolaio, espone a continui traumatismi la parte che attualmente è sede dei dolori, battendo su questa il cuoio per le suole da scarpa.

In questi giorni di degenza in Clinica la temperatura è andata rapidamente degradando sì che il malato è oramai diventato apirettico.

All'esame dell'arto potete vedere una modica tumefazione che occupa il terzo inferiore della coscia ed il ginocchio; sono tuttavia ancora conservate le fossette para-rotulee; nessuna modificazione del colorito della cute; esiste un lieve edema del sotto-cutaneo, rilevabile con il sollevamento tra le dita di una plica di pelle. La palpazione superficiale è completamente indolora; si provoca invece dolore con la palpazione profonda sullo scheletro, subito al di sopra dei condili femorali e in modo particolare poco sopra il tubercolo del terzo adduttore. I movimenti attivi e passivi del ginocchio si compiono abbastanza liberamente, non esiste adenopatia inguinale.

L'esame ematologico ha dimostrato la presenza di diecimila globuli bianchi per millimetro cubico, con un lieve aumento dei polinucleati neutrofili.

Negativo l'esame radiografico.

La diagnosi in questo caso se non facile pure non si può dire difficile; escluso senz'altro un processo infiammatorio delle parti molli, per la nessuna dolorabilità provocabile alla palpazione di queste, non resta che ammettere un processo a sede nello scheletro, sul quale appunto la pressione risveglia vivo dolore; e volendo ancora meglio localizzare, è precisamente in corrispondenza della regione sopracondiloidea, ossia nella così detta metafisi che ha sede il processo flogistico. Si impone dunque la diagnosi, tenuto conto dell'età del soggetto, di osteomielite acuta degli adolescenti, forma ematogena, che, come sapete, è determinata in genere dallo stafilococco piogene aureo. La relativa leucocitosi conferma questo diagnostico.

Ma quello che nel nostro caso esce dalla norma è lo speciale decorso di tale forma. Sapete bene il decorso tipico dell'osteomielite degli adolescenti, e conoscete le speciali condizioni di vascolarizzazione, che favoriscono in questa età la fissazione nella metafisi delle ossa lunghe, di germi comunque penetrati nel torrente circolatorio; e sapete come questi germi invadano ben presto il tessuto midollare che circonda i vasi, si propaghino nei canali haversiani, ecc., fino ad arrivare al di sotto del periostio; e come l'ascesso sotto-periosteo possa successivamente invadere le parti molli ed aprirsi spontaneamente all'esterno. Si ha contemporaneamente necrosi di porzioni più o meno grandi di osso, che per uno speciale processo di delimitazione vanno distaccandosi dal rimanente osso vitale costituendo il così detto sequestro, mentre per un processo di proliferazione, specialmente di origine periostale, si ha neoformazione di osso, che avvolge il sequestro e che costituisce la ben nota cassa da morto. Questa l'evoluzione più comune del processo, che può portare alla guarigione dopo eliminazione spontanea del sequestro: a meno che la gravità dell'infezione non sia tale da condurre a morte il malato, per grave tossiemia.

L'intervento chirurgico, più o meno precoce, non ottiene altro che di abbreviare e di facilitare questo processo di guarigione.

Nel caso nostro nulla di tutto questo; la malattia insorta, in modo acutissimo, è ugualmente regredita spontaneamente, e pare in modo completo, in una diecina di giorni; rare volte è dato osservare un simile decorso.

Altre considerazioni credo opportuno di fare dopo osservato il secondo caso che vi presento e che per il suo andamento anomalo merita speciale considerazione.

Si riferisce ad un giovane di 24 anni, nel quale la malattia, pure localizzata al femore destro, si è iniziata subdolamente ed ha avuto un decorso tipicamente cronico. Vidi il paziente per la prima volta un anno addietro, e mi riferì allora di avere accusato circa due anni prima una dolorabilità alla coscia destra, insorta senza causa apprezzabile, che si esacerbava nelle ore notturne e che si mantenne per alcuni mesi; poi i dolori scomparvero completamente, pare in rapporto con un trattamento a base di mercurio, essendosi pensato dal curante ad una forma luetica. Ma scomparsi i dolori, andò lentamente stabilendosi una tumefazione a livello del terzo medio della coscia, tale da limitare i movimenti di flessione e di estensione della gamba.

Quando vidi il malato, esisteva appunto una tumefazione fusiforme, che interessava il terzo medio della coscia, ad evoluzione specialmente nella sua faccia anteriore, a superficie regolarmente liscia, di consistenza teso-elastica, in nessun punto fluttuante. La cute era lievemente arrossata, modico edema del sottocutaneo; poco o nessun dolore alla pressione anche profonda. Non pare che durante tutto questo periodo fosse mai comparsa temperatura febbrile, almeno rilevata dal paziente. Praticai allora una puntura esplorativa, con la quale potei estrarre poche goccie di un siero fortemente ematico, nel

quale si trovavano oltre che ad una grande quantità di globuli rossi e bianchi, un discreto numero di grosse cellule rotondeggianti con grosso nucleo, ricco di cromatina.

La reazione di Wassermann diede esito completamente negativo.

Vi dirò poi dello speciale reperto radiologico.

Ritenni allora opportuno escidere un frammento del tessuto costituente questa intumescenza, per un esame istologico e batteriologico: l'esame istologico dimostrò trattarsi di un tipico tessuto di granulazione, mentre l'esame batteriologico permise di isolare in cultura pura lo stafilocco piogene-aureo.

Nessun dubbio che si trattasse di un comune processo infiammatorio molto attenuato; volli tentare un trattamento conservativo, data la benignità della forma, data l'assenza di suppurazione e di sequestri dimostrabili, con iniezioni di auto-vaccino; e, con l'indicazione di questa cura dimisi il malato pregandolo di farsi rivedere di quando in quando. Fu praticata una cura completa, cominciando dall'iniezione di 250 milioni di germi, fino ad arrivare all'iniezione di 6 miliardi.

Dopo quattro mesi, il paziente si presenta di nuovo nella nostra Clinica lamentandosi di temperature febbrili che sarebbero insorte da circa un mese, raggiungendo anche i 38°: si è avuta una contemporanea riacutizzazione dei dolori e la formazione di una voluminosa raccolta ascessuale ad evoluzione sulla faccia posteriore della coscia. Mi decisi allora senz'altro ad intervenire con ampie incisioni per dare esito al pus. Aprii largamente il femore dove trovai assenza del canale midollare, sostituito da osso eburneo e trovai due piccole cavità contenenti due sequestri molto frastagliati, che vi presento. La febbre è caduta rapidamente, i dolori sono del tutto scomparsi ed ora, a poco più di dieci giorni dall'intervento, vedete le varie ferite già completamente sdrenate e bene granuleggianti.

(Parlandovi in particolare del trattamento della suppurazione, vi dirò, in altra lezione, le ragioni per le quali sono favorevole alla eliminazione precoce dei drenaggi).

Si tratta dunque di due forme di osteomielite che differiscono l'una dall'altra e che ambedue si discostano completamene da quello che è il quadro tipico della comune osteomielite ematogena.

Lasciamo per ora da parte queste forme anomale e permettete che mi trattenga brevemente sugli errori che vedo comunemente commessi dai medici di fronte alle forme più tipiche.

Molto spesso il medico colpito dalle gravi condizioni generali (stato tifoso del malato, temperature elevate, ecc.) pensa ad una infezione eberthiana o anche pleuro-polmonare, e non si cura di investigare sulla dolorabilità degli arti, oppure interpreta questa come mialgia legata alla presunta infezione in atto.

Altro errore, pure frequente, è quello di considerare l'affezione come una lesione essenzialmente traumatica, dando eccessiva importanza al traumatismo che effettivamente spesso ricorre nell'anamnesi di questi malati e che ha la sua importanza nel favorire la localizzazione del processo infettivo; e non tenendo conto della sproporzionata reazione febbrile, si fa diagnosi di contusione, distorsione, ecc.

Terzo errore è rappresentato dalla diagnosi di reumatismo articolare acuto: il dolore, che viene dal malato genericamente riferito all'articolazione, è senz'altro considerato dal medico come articolare; e la tumefazione para-articolare viene erroneamente considerata quale articolare. Basterebbe un accurato esame della parte, dimostrante la sede non articolare, ma metafisaria del dolore, oltre la considerazione della rarità della forma monoarticolare di reumatismo per fare porre la diagnosi esatta di osteomielite.

Ricordo a questo proposito il caso di un medico che trattava appunto per reumatismo una forma tipica di osteomielite; la malattia durava già da alcune settimane, quando una mattina il sanitario, nel praticare delle manovre sull'arto, ebbe l'impressione che si fosse determinata una frattura. In questo momento fui invitato a vedere il malato e mi riuscì facile stabilire l'esistenza di un distacco epifisario da pregressa osteomielite. Le condizioni del malato erano già così gravi che questa complicanza finì per portarlo a morte.

Altra forma con la quale può invece essere confusa un'osteomielite ad andamento cronico, come nel nostro secondo caso, può essere il sarcoma dello scheletro: effettivamente con i soli dati clinici riesce a volte impossibile una diagnosi differenziale. Così nel nostro 2° caso l'età del malato, che aveva già superato il periodo dell'adolescenza, la sede diafisaria dell'affezione, la mancanza per lungo periodo di tempo di temperatura febbrile, ecc., erano tutti dati favorevoli piuttosto all'ipotesi di una forma neoplastica che infiammatoria; anche la puntura esplorativa non era valsa a risolvere il problema avendo dimostrato la presenza di cellule con carattere embrionale, quali appunto si trovano in un tessuto di granulazione e che prese isolatamente, male si differenziano da cellule sarcomatose.

Solo la biopsia, con esame istologico e batteriologico del tessuto, aveva consentito di porre la diagnosi di processo infiammatorio da stafilococco.

La radiografia è un altro mezzo importante per la diagnosi differenziale tra sarcoma e forma infiammatoria iperostosante.

Nella radiografia del nostro malato (fig. 1) potete appunto vedere molto bene questo fatto: i contorni del femore, che a livello della lesione appare ingrossato, si presentano irregolari, frastagliati per numerose proliferazioni periostali, mentre il canale midollare è perfettamente scomparso perchè invaso da un tessuto osseo molto compatto. I due piccoli sequestri, che trovai all'operazione liberi ormai in due cavità osteomielitiche, non appaiono nella radiografia per la intensa opacità del tessuto osseo che li avvolgeva.

Vi ho detto come in questo caso si fosse anche pensato, in primo tempo, ad una affezione luetica; ed anzi il primo medico che visitò il paziente aveva diretto in questo senso le sue cure. Effettivamente in queste forme iperostosanti la diagnosi con la sifilide e con il sarcoma viene quasi sempre posta ed il problema può essere risolto con indagini ausiliarie, quali la reazione di Wassermann, la radiografia, la biopsia ed eventualmente con il criterio *ex adjuvantibus*.

Fig. 1.

Di fronte a questo caso, che si può clinicamente considerare come una forma pseudo-neoplastica ad evoluzione cronica *d'emblée* dell'osteomielite acuta ematogena, il primo che vi ho presentato si dimostra invece interessante per la tendenza spontanea del processo alla regressione. Questo caso si deve fare rientrare in quelle forme che dagli antichi erano indicate come « febbri di crescenza »: in quanto si era osservato che i ragazzi dopo essere stati a letto per un po' di tempo con temperature febbrili, dolori ossei, apparivano accresciuti di statura.

Non è escluso che in questi casi le tossine possano agire stimolando le cartilagini di accrescimento alla neoformazione ossea. Nel nostro malato però l'esistenza di un dolore abbastanza vivo e bene localizzato alla regione bulbo-diafisaria, l'edema superficiale, la leucocitosi ci consentono di specificare la diagnosi di osteomielite dell'estremo inferiore del femore con tendenza alla risoluzione. Pure non potendo stabilire il tipo di germe, giacchè anche il bacillo del tifo, paratifo ed altri sono capaci di simili manifestazioni, ritengo tuttavia che nel nostro caso si possa supporre trattarsi di una infezione da stafilococco data la frequenza con la quale negli adolescenti si riscontra questo germe, e data la mancanza nell'anamnesi, di qualsiasi malattia infettiva.

Già che vi ho accennato l'importanza dell'indagine radiologica; vi ricorderò come questo esame, che è molto utile per le forme che decorrono già da diverso tempo, si dimostri affatto negativo nelle forme iniziali: e questo si comprende facilmente notando come non si sieno ancora prodotte alterazioni scheletriche tali da potere essere rilevate dai raggi X.

Nella radiografia del nostro primo caso voi potete appunto vedere un femore di aspetto completamente normale, sia nei suoi contorni che nell'impalcatura scheletrica, pure non essendovi dubbio alcuno sull'esistenza di una localizzazione flogistica ossea.

Altra causa di atipia dell'osteomielite è l'età; quando un simile processo si osservi in individui sui venti e al di là dei venti anni, come nel nostro secondo caso; con particolare predilezione è in questi casi interessato il femore. Dovete dunque ritenere che la denominazione di osteomielite degli adolescenti, non è affatto specifica.

Anche la sede diafisaria avete visto essere possibile; più raramente l'osteomielite acuta ematogena può interessare ossa corte o piatte (ossa del cranio, corpi vertebrali, coste); alcuni casi di osteomielite acuta ematogena a sede costale ho appunto osservato in questi ultimi anni e sono stati oggetto di studio da parte de' miei assistenti.

Vi completerò quanto ho detto a proposito di questi due ammalati, con qualche notizia su altre forme di osteomielite che spero mi si presenterà occasione di mostrarvi durante l'anno scolastico.

Con una certa frequenza si osserva l'insorgenza del processo infettivo contemporaneamente sulle due epifisi di un osso lungo: si parla allora di « osteomieliti bipolari » che si manifestano, con relativa frequenza, nella tibia e nel femore,

e che se non sono dominate a tempo finiscono per invadere tutta la diafisi.

In altri casi il processo infettivo può rimanere localizzato ad un piccolo segmento scheletrico e dare luogo a dei veri ascessi, nello spessore dell'osso; il pus può in questi casi avere un aspetto vario: da denso, caseoso, può giungere per gradi ad un liquido denso filante, quasi sieroso e che nelle forme a lungo decorso può anche risultare sterile. In questi casi si passa così dall'ascesso osseo a quelle forme, che riconoscono molto probabilmente una patogenesi delle più varie, e che vanno sotto il nome generico di « cisti ossee ». Non è dubbio infatti che accanto alle cisti neoplastiche, a quelle da rammollimento, ecc., un posto non trascurabile vada riservato alle forme infettive.

Accennerò infine ad altre due varietà di osteomielite, rappresentate dalla così detta periostite purulenta e dall'osteite nevralgica. La prima può avere una grande varietà di decorso, dall'acutissimo al cronicizzante, e sotto il periostio può formarsi una raccolta tipicamente purulenta, come può anche trovarsi un liquido sieroso, albuminoso ed emorragico: periostite sierosa, albuminosa, emorragica.

L'osteite nevralgica è caratterizzata da manifestazioni dolorose, in donne di media età, a sede particolarmente epifisaria, senza che si possa in modo assoluto dimostrare l'esistenza di un processo infiammatorio. Si tratta, come potete facilmente immaginare, di una forma tutt'altro che facile a definirsi e che si potrà ammettere solo dopo avere escluso la tubercolosi, la sifilide, ecc. È stato Gosselin che ha richiamato l'attenzione su questa sindrome.

Una malattia che in questi ultimi anni è stata particolarmente studiata, è quella che va sotto il nome di Ogston-Schlatter o apofisite tibiale; sembra che si tratti anche qui di un processo infiammatorio attenuato, localizzato alla tuberosità tibiale anteriore in corrispondenza dell'inserzione del legamento rotuleo. Forse altre forme di placche, di esostosi, di iperostosi infiammatorie di difficile interpretazione debbono rientrare nel quadro delle forme attenuate e circoscritte dell'osteomielite ematogena.

Vi siete così formati un'idea della grande varietà di forme cliniche, che possono essere espressione di un processo osteomielitico.

Il criterio terapeutico dovrà naturalmente variare in rapporto alla forma clinica. Nelle osteomieliti acute con suppurazione è necessario l'intervento precoce con ampia apertura del focolaio, sia della semplice raccolta sotto-periostale, sia anche del canale midollare.

Nelle altre forme ad andamento cronico e nelle rarissime con tendenza alla regressione, potrà essere giustificato un trattamento aspettante, quale appunto abbiamo istituito nei nostri malati. Nel primo la terapia ha consistito nel riposo dell'arto, nella applicazione di borsa di ghiaccio; nel secondo si è invece sperimentata la terapia vaccinica, che, come anche nel nostro caso, si è dimostrata in genere capace di risultati poco brillanti, sia adoperando auto-vaccino (come nel caso nostro), sia con l'uso dei così detti stoc-vaccini.

Anche la terapia aspecifica (iniezione di latte, ecc.), che pure mi si è dimostrata molto utile in alcune forme infettive, per es., nelle pielonefriti ematogene, si può dire senza effetto in questi processi osteomielitici.

Il trattamento chirurgico rimane dunque il trattamento di elezione: naturalmente le modalità di questo varieranno in rapporto con la speciale forma clinica della malattia.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA PEDIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA.
Direttore: prof. L. SPOLVERINI.

Contributo alla terapia delle sindromi spasmofiliache coi raggi ultravioletti.

(NOTA PREVENTIVA)

per il dott. U. FERRI, assistente.

Sono di data molto recente le prime osservazioni da parte di Huldschinski (1920) e di Sachs (1921) circa l'azione benefica dei raggi ultravioletti sugli spasmofili. Queste osservazioni sono state in seguito estese da parte di ricercatori francesi i quali, oltre alla conferma della reale efficacia di tale terapia sulle manifestazioni cliniche, hanno dato pure le spiegazioni di questo effetto terapeutico mettendo in evidenza come la luce innalzi il tasso del calcio sanguigno. P. Woringer e N. B. Zehnter (1) eseguendo a diverso intervallo di tempo la ricerca del calcio nel sangue dei soggetti trattati hanno trovato che i raggi ultravioletti, determinano una elevazione rapida del calcio sanguigno tanto da riportarlo al valore normale in breve tempo (dopo 10-20 applicazioni quotidiane), elevazione del calcio accompagnata dalla scomparsa di tutti i sintomi spasmofili. E poichè i suddetti autori trovarono che la calcemia si mantiene nei suoi valori normali anche dopo la cessazione delle irradiazioni (dopo 3 o 4 settimane) non esitano ad affermare che tale terapia conduce ad una guarigione vera, durevole, definitiva dello stato spasmofilo.

Inoltre per l'azione rapida e durevole della terapia luminosa sulla calcemia, risultante dalle

(1) *Le Nourrisson*, novembre 1923.

loro osservazioni, mettono in istretto rapporto la alterazione del ricambio calcico — fattore di fondamentale importanza nella patogenesi dello stato spasmofilo — colla mancanza od insufficienza di raggi solari attivi e reputano, sostenendosi anche con altri criteri d'ordine clinico ed epidemiologico, che la spasmofilia costituisca in parte una forma morbosa dovuta a carenza di sole.

Orbene, avendo presente i risultati delle ricerche e le osservazioni di questi autori ed avendo pure presenti i risultati ottenuti dal Tronconi nelle sue ricerche sul calcio del liquor di bambini spasmofili (1), ho creduto opportuno, dietro consiglio del mio professore, trattare con la terapia luminosa i bambini spasmofili ricoverati e frequentanti la nostra clinica durante il decorso anno scolastico, seguendo le modificazioni dei sintomi clinici e studiando le modificazioni del contenuto in calcio del liquido cefalo-rachidiano. Nonostante i casi fino ad ora studiati siano relativamente ancora scarsi ho creduto ugualmente opportuno farne oggetto di questa breve nota, data la concordanza dei risultati osservati.

Abbiamo sottoposto alle irradiazioni colla lampada di Quarzo a vapori di mercurio 8 bambini spasmofili di cui 4 presentavano attacchi eclamptici, uno con accessi gravi di larigospasmo, 3 allo stato di spasmofilia latente. In tutti abbiamo ricercato il calcio nel liquido c. r., prima della terapia e dopo il ciclo delle irradiazioni, le durate del quale variavano a seconda della rapidità con cui si vedevano cedere i sintomi clinici. Ad ogni modo noto subito che la media dei limiti di esposizione raggiunti nei nostri casi è superiore a quella degli autori francesi. Solo in 3 dei soggetti trattati ho avuto la opportunità di ripetere la ricerca del calcio dopo un certo periodo di tempo dalla sospensione della cura. L'elenco sottoesposto in cui sono raggruppati tutti i casi basterà a mettere sufficientemente in chiaro come sono stati seguìti i singoli casi. Per la tecnica delle irradiazioni abbiamo adottato i criteri semplicissimi ormai a tutti noti avendo speciale riguardo alla sensibilità individuale ai raggi nell'aumentare la durata dell'esposizione. La ricerca del calcio è stata fatta ogni volta su 10 cc. di liquido c. r. servendomi del metodo adottato dal Tronconi stesso nelle sue ricerche e seguìto scrupolosamente in tutti i suoi minuti particolari. Con tale metodo si procede separatamente alla determinazione del calcio ionico e del calcio totale.

Volendo tradurre in cifre la quantità del calcio che trovasi nel liquor in combinazione organica basta fare la differenza tra i valori ottenuti colle due determinazioni. Questo metodo presenta vantaggi di rapidità e di semplicità a confronto del

(1) *La ricerca del calcio nel liquido c. r. di bambini rachitici e spasmofili.* Tip. Edit. An. Mutilati, Pavia 1923.

metodo ponderale classico; naturalmente per avere dei risultati attendibili è necessario evitare scrupolosamente delle perdite durante tutte le operazioni. Però anche osservando tutte queste precauzioni devesi far notare che con questo metodo i valori che si ottengono colla determinazione del calcio totale risultano sensibilmente in difetto rispetto a quelli che si ottengono nella determinazione del calcio ionico; e ciò per i due fatti seguenti:

a) nel processo seguìto nella determinazione del calcio ionico oltre al calcio si vengono probabilmente a determinare anche traccie di quella piccola quantità di albumina contenuta normalmente nel liquido c. r. e che sarebbe lungo e difficile precipitare ed eliminare prima di procedere alla precipitazione del calcio;

b) nel processo seguìto per la determinazione del calcio totale le manipolazioni meccaniche essendo più numerose possono condurre ad una leggera perdita di calcio.

Una conferma del valore di queste osservazioni si può avere prendendo visione di alcuni risultati delle mie ricerche. Ad ogni modo questo fatto che porta ad un risultato non perfetto nel rapporto dei valori di ogni singola determinazione non compromette menomamente l'attendibilità delle variazioni che risultano nella serie delle ricerche eseguite, per il fatto che si è mantenuta sempre la medesima tecnica. Prima di esporre ordinati nell'elenco seguente, i casi dei bambini spasmofili studiati, credo necessario riferire i valori che abbiamo ottenuti nella indispensabile determinazione fatta collo stesso metodo in alcuni bambini sani:

L. Sacchi, mesi 15: ca. j. 0,00196; ca. tot. 0,00504.
E. Gageni, anni 2: ca. j. 0,00195; ca. tot. 0,00700.
C. Leprotti, mesi 18: ca. j. 0,00260; ca. tot. 0,00520.

Non ho insistito a estendere ricerche in tale senso poichè questi pochi casi bastano a confermare ciò che è stato visto dal Tronconi su una lunga serie di casi: il liquido c. r. in condizioni normali ha un contenuto in calcio organico ben rilevabile col nostro metodo ed in genere anche superiore al calcio ionico.

CASI DI SPASMOFILIA STUDIATI.

1. G. G., m. 16. — Sintomatologia: Da 3 mesi accessi di laringospasmo frequenti, quotidiani.

Ricerche del calcio su 10 cmc. di l. c.-r.: prima della cura: ca. j. 0,00224; ca. tot. 0,00180; dopo 21 irrad. (complessivamente 6 ore): ca. j. 0,00224; ca. tot. 0,00392.

Ha fatto antecedentemente la cura di olio fosforato per 2 mesi senza alcun effetto. Subito dopo le prime irradiazioni si nota diminuzione di numero e di intensità degli accessi. Dopo 20 irradiazioni gli accessi sono scomparsi ed il b. tende soltanto a trattenere il respiro per qualche secondo durante il pianto, disturbo che presenta tuttora.

2. B. M., m. 4. — Spasmo carpopedale - spasmo ispiratorio.

Prima della cura: ca. j. 0,00112; ca. tot. 0,00112; dopo 18 irrad. (complessivamente ore 3.30): ca. j 0,00280; ca. tot. 0,00308.
Ipertonia notevolmente ridotta - spasmo ispiratorio meno frequente.

3. L. C., m. 12. — Spasmo ispiratorio costante durante il pianto.
Prima della cura: ca. j. 0,00224; ca. tot. 0,00164; dopo 27 irrad. (complessivamente 5 ore e 30): ca. j. 0,00224; ca. tot. 0,00280.
Dopo la cura lo spasmo si mette in evidenza qualche rara volta durante il pianto.

4. L. A., m. 14. — Tracce lievissime di rachitismo - spasmo ispiratorio durante il pianto.
Prima della cura: ca. j. 0,00196; ca. tot. 0,00196; dopo 20 irrad. (complessivamente 6 ore): ca. j. 0,00448; ca. tot. 0,00508.
Lo spasmo si manifesta solo rare volte durante il pianto.

5. G. E., m. 5. — Attacchi eclamptici frequenti.
Prima della cura: ca. j. 0,00308; ca. tot. 0,00280; dopo 20 irrad. (ore 4 esposiz.): ca. j. 0,00308; ca. tot. 0,00392.
Gli attacchi sono scomparsi dopo le prime irradiazioni.

6. L. S., m. 16. — Attacchi eclamptici e di laringospasmo frequentissimi.
Prima della cura: ca. j. 0,00168; ca. tot. 0,00140; dopo 27 irrad. (6 ore di esposizione): ca. j. 0,00308; ca. tot. 0,00672; 30 giorni dalla sospensione irrad.: ca. j. 0,00196 ca. tot. 0,00168; dopo altre 20 irrad. (5 ore esposiz.): ca. j. 0,00168; ca. tot. 0,00504; 40 giorni dopo l'ultima irradiaz.: ca. j. 0,00168; ca. tot. 0,00196.
Gli attacchi sono scomparsi subito dopo le prime irradiazioni e non sono più riapparsi nonostante il b. abbia avuto diarrea durante il periodo estivo.

7. F. G., m. 11. — Attacchi eclamptici frequenti ed intensi.
Prima della cura: ca. j. 0,00168; ca. tot. 0,00112; dopo 10 irrad. (ore 2.30 di esposiz.): ca. j. 0,00168; ca. tot. 0,00224; 2 mesi dalla sospensione irrad.: ca. j. 0,00196; ca. tot. 0,00196.
Scomparsi gli attacchi dopo le prime irradiazioni li vediamo riapparire ancora una volta, di breve durata ed intensità, mentre si continua la cura. Si raggiungono complessivamente 30 irradiazioni somministrando anche cloruro di calcio per bocca. Non fu possibile rifare la puntura lombare contemporaneamente alla sospensione del ciclo delle irradiazioni. In seguito il b. non ha avuto più alcun attacco nonostante la dentizione difficile. Ha continuato a casa la cura del cloruro di calcio fino a pochi giorni prima della 3ª puntura lombare.

8. P. A., m. 9. — Attacchi eclamptici intensi ad intervalli di parecchi giorni.
Prima della cura: ca. j. 0,00280; ca. tot. 0,00252; dopo 27 irrad. (6 ore esposiz.): ca. j. 0,00308; ca. tot. 0,00448; 30 giorni dalla sospensione: ca. j. 0,00252; ca. tot. 0,00212; dopo altre 20 irrad.: ca. j. 0,00168; ca. tot. 0,00312; 60 giorni dall'ultima irrad.: ca. j. 0,0024; ca. tot. 0,0024.
La bambina non ha presentato per circa 2 mesi dall'inizio della cura alcun attacco. Quando viene riportata in clinica per la puntura lombare, corrispondente alla 3ª ricerca del calcio, presenta da tre giorni lievissimi attacchi che continuano a manifestarsi nei primi giorni in cui si riprende il 2° ciclo di irradiazioni. In seguito la b. è stata bene. Contemporaneamente alla cura luminosa (del 2° ciclo) si è somministrato dell'olio fosforato per bocca, somministrazione continuata per più di un mese dalla sospensione delle irradiazioni.

Per quello che riguarda le manifestazioni cliniche — come si vede dai rilievi fatti e riportati nella tavola — la terapia istituita ha dato dei risultati buoni. Non si può per altro affermare di avere ottenuto addirittura i mirabili risultati degli osservatori francesi; difatti nel primo e nell'ultimo caso sono ricomparsi sintomi di laringospasmo quantunque in forma lieve ed assai attenuata anche dopo un periodo relativamente lungo di questa terapia. Inoltre nei casi, così detti di spasmofilia latente, ho notato che i sintomi lievi di spasmo ispiratorio e di eccitabilità meccanica neuro-muscolare, vengono più lentamente ed incompletamente influenzati. Per quello che riguarda le determinazioni del calcio i risultati si prestano ai seguenti rilievi ed alle seguenti considerazioni. In tutte le determinazioni fatte prima di istituire la terapia, i valori del calcio totale sono risultati in genere (salvo nei casi n. 2 e n. 4 in cui i valori calcio ionico e calcio totale si equivalgono) sensibilmente inferiori a quelli del calcio ionico.

Riferendoci ora a quelle osservazioni già fatte ed enunciate sulle possibili cause che alterano la precisione dei risultati che si ottengono coi processi impiegati, credo di poter logicamente ritenere — ben lungi dall'ammettere, con una interpretazione assolutistica di questi risultati, l'assurda possibilità che il calcio totale sia contenuto in quantità minore del calcio ionico — che tali risultati stiano ad indicare che il calcio in combinazione organica contenuto nel liquido c. r. sia in così minima quantità da non potersi mettere in evidenza colla nostra determinazione e da essere spesso insufficente a sopperire quei piccoli svantaggi in difetto, impliciti al nostro metodo di determinazione del calcio totale, tanto da assumere valori negativi. Chiarita in tal modo la interpretazione di questi risultati e confrontando questi valori coi valori ottenuti sugli individui normali, collo stesso metodo e colla medesima tecnica, vediamo che nel liquido c. r. dei bambini spasmofili il fatto più importante, prima dell'intervento terapeutico, è rappresentato dalla penuria estrema (fino quasi alla mancanza) di calcio in combinazione organica. Orbene la notevole diminuzione del calcio totale riscontrata in tutti questi casi da me osservati risulta principalmente a carico del calcio in combinazione organica, allontanandosi, in genere, il valore del calcio ionico poco sensibilmente dai limiti normali. In base a ciò si potrebbe ritenere che la alterazione del ricambio calcico nella spasmofilia sia principalmente rappresentata dalla incapacità da parte del-

l'organismo di fissare il calcio, intendendo per fissazione — come suppone il Tronconi — la proprietà di assumerlo sotto forma organica a costituire le molecole proteiche dei diversi tessuti. In tutti i casi trattati la ricerca del calcio eseguita dopo una serie più o meno lunga di irradiazioni ha messo in evidenza una elevazione del tasso calcico che, come è facile vedere dalle cifre esposte nella tavola, risulta specialmente a carico del calcio in combinazione organica (quantunque nei casi n. 2, 4, 6 sia evidente un forte aumento anche del calcio ionico). Il contenuto in calcio del liquor viene pertanto ad essere aumentato e tende ad essere riportato verso il tasso e le condizioni normali, senza però raggiungerle. I risultati concordi in questo senso dei casi, dimostrerebbero che effettivamente la terapia luminosa, unitamente alla benefica e piuttosto rapida influenza esercitata sulle manifestazioni cliniche più importanti, esercita anche un'azione favorevole sul ricambio del calcio dell'organismo spasmofilo. Per altro in tutti i tre casi che fu possibile seguire con ulteriori osservazioni ed ulteriori ricerche è stato messo in evidenza (anche nei due casi in cui la terapia colla lampada era stata continuata per qualche tempo o colla somministrazione del cloruro di calcio o coll'olio fosforato) che i valori del calcio ritornano abbastanza presto quasi nelle condizioni anormali da cui si era partiti. Anche i risultati ottenuti sui due casi in cui si è istituito un secondo ciclo di irradiazioni si sono dimostrati uguali: il tasso del calcio viene di nuovo inalzato con evidente aumento del calcio organico, ma dopo un periodo relativamente breve dalla sospensione della cura si ristabiliscono condizioni molto simili a quelle di prima salvo un lieve vantaggio.

In base a queste osservazioni si dovrebbe dire che il ritorno del calcio verso le condizioni normali per effetto di tale terapia è soltanto temporaneo, sebbene questa constatazione contrasti col fatto che le manifestazioni cliniche subiscono una influenza benefica effettivamente rapida e durevole, tanto è vero che nei nostri soggetti le manifestazioni spasmofiliache o non si sono affatto più ripetute o le abbiamo viste riapparire solo transitoriamente e profondamente ridotte di intensità nonostante la frequente intercorrenza di quei disturbi — quali: la dentizione difficile, i disturbi gastro-intestinali di natura tossi alimentare — che determinano tanto facilmente l'insorgenza di manifestazioni anche convulsive nei soggetti spasmofili. È difficile investigare anche mantenendoci nel campo delle semplici ipotesi, per quale via ed attraverso a quali modificazioni indotte nell'organismo possa giungere ad esercitare la sua azione favorevole questa nuova terapia.

Pavia, agosto 1924.

NOTE E CONTRIBUTI.

LABORATORIO PATOLOGICO
DELL'OSPEDALE DI S. SPIRITO IN ROMA

Rapporto fra mortalità, morbilità e mutamenti atmosferici

per il dott. BARTOLO ALOSI.

Molti autori si sono interessati a studiare i rapporti che esistono fra il clima, le variazioni atmosferiche e la salubrità, ed infatti si conosce l'azione che ha il calore, l'umidità e la pressione atmosferica sull'organismo umano nel determinare date malattie.

Però in questi studi non si sono mai tenuti d'occhio i rapporti generali e ciascun Autore ha cercato sempre di far spiccare l'importanza delle condizioni atmosferiche in relazione ad una data malattia. Tanto meno poi si sono studiati i rapporti con la mortalità, poichè era logico che dipendendo la mortalità dalla morbosità, aumentando o diminuendo questa ultima, aumentasse e diminuisse contemporaneamente la prima. Fra quelli che più si sono interessati di questo argomento, cercando di studiare i rapporti con le condizioni atmosferiche, sono da annoverarsi Bally, Rey e Sormani. Il primo, pubblicando un volume nel 1863 in cui riportò tutti i suoi studi condotti per dieci anni dal 1850 al 1860, mirante a dimostrare la relazione fra la morbilità e i mutamenti meteorologici, aggiunse alla pubblicazione delle grafiche da cui facilmente si rileva come la morbilità aumenti nei mesi estivi, autunnali e diminuisca nei mesi freddi. E poichè allora non era ancora conosciuto il germe della malaria egli ne dedusse che intimi rapporti esistessero fra questa malattia e le condizioni atmosferiche di quella stagione.

Indipendentemente da questi studi gli altri due Autori volendo studiare le cause di morte a Roma per il 1874-75-76 pubblicarono in una monografia assieme ai loro studi una grafica a colori, che serviva a loro per dimostrare coi vari colori le differenti cause di morte; dalla quale però si può chiaramente vedere come la mortalità in genere è fortemente aumentata nei mesi freddi di quei tre anni. Tutti quelli del resto che hanno una certa pratica di sala incisoria conoscono come questa sia ricca di materiale in alcune stagioni e come si impoverisca in altre. Io con le presenti ricerche mi proposi di indagare se e quali rapporti esistessero fra la morbilità, la mortalità e i mutamenti atmosferici. A ciò mi fu di guida e di stimolo una osservazione del mio Maestro prof. Nazzari, il quale nella sua lunga esperienza aveva avuto occasione di notare, che tutte quelle mattine in cui uscendo da casa, sentiva

l'aria pungente della tramontana, arrivato in sala incisoria trovava un numero maggiore di cadaveri.

Per studiare il quesito che mi ero proposto ho creduto opportuno di raccogliere in una grafica i dati giornalieri fornitimi, quelli della morbilità e della mortalità, per la cortesia del prof. Ferretti, dall'Ospedale di S. Spirito e quelli atmosferici per la cortesia del prof. F. Eredia dall'Ufficio Centrale di Climatologia e Geodinamica, raccolti dall'Osservatorio del Campidoglio. Questi dati riguardano gli anni 1918-19-1920-21 e solo per Roma. Essi furono segnati con il colore verde per la morbilità, col nero per la mortalità, col rosso per la temperatura, col viola per l'umidità, e con il giallo per la pressione atmosferica, sopra poi piccole freccie sono dirette al punto cardinale da cui spirava in ciascun giorno il vento dominante e sopra queste la velocità di esso. Per i diversi colori, essendo molto differenti le variazioni giornaliere fra un dato e l'altro, c'è una scala che è unita alla grafica, la quale ha segnati sulle coordinate per ogni 5 mm. i vari giorni dei quattro anni e sulle ascisse i dati, che salgono per la mortalità ciascuna unità ogni 5 mm., per la morbilità e la temperatura ciascuna unità ogni 2 mm. e per l'umidità e la pressione atmosferica ciascun grado ogni millimetro. Premesso ciò passo a descrivere la relazione fra le curve dei vari colori, dimostrante le relazioni fra vari dati.

*
* *

La temperatura domina nel quadro generale e sembra che abbia una spiccata influenza stagionale. Infatti nelle stagioni invernali la temperatura diminuisce e con essa lievemente diminuisce la morbilità, mentre aumenta sensibilmente la mortalità, mano mano poi che si passa alle stagioni calde le condizioni s'invertono e mentre lievemente aumenta la morbilità sensibilmente diminuisce la mortalità.

Degno di maggiore interesse è però il comportamento giornaliero degli altri dati. Ad un esame superficiale delle curve poco si riesce a dedurne, ma se si guardano queste con attenzione e se si tiene conto anche dei lievissimi spostamenti giornalieri con facilità si deduce il rapporto che esiste fra di loro. La morbilità si può dire vada di pari passo con l'umidità, e cioè ogni giorno in cui c'è un aumento di umidità, entrano nell'ospedale un numero maggiore di ammalati. Però questa influenza non è sempre diretta, cioè non sempre avviene nello stesso giorno, ma spesso la ripercussione è a distanza, e cioè mentre l'umidità aumenta oggi, il numero degli ammalati che si ricoverano nell'Ospedale aumenta domani, e avviene spesso che questa influenza a distanza si prolunga per più giorni in modo che la curva verde (morbilità) e la curva viola (umidità) non decorrono più parallelamente ma s'incrociano ogni giorno formando una curva a vertici opposti.

Lo spostamento di queste due grafiche, però, non è giornalmente proporzionale e spesso basta un lieve aumento di umidità per produrre un forte aumento di ammalati, come di frequente un forte aumento di umidità riesce ad inalzare di poco la curva degli ammalati. Ciò potrebbe essere in rapporto alle variazioni degli altri dati atmosferici. Spesso accadono periodi di sosta, cioè non si hanno bruschi cambiamenti di umidità e questa può restare elevata o abbassata per parecchi giorni. In questi casi si vede che anche la morbilità pure subendo lievi spostamenti giornalieri segue la curva dell'umidità e si mantiene alta fino a quando è alta l'umidità, resta bassa, sempre relativamente, fino a quando sia bassa l'umidità. Con il cambiare delle stagioni le due curve si avvicinano e si allontanano. Infatti mentre nelle stagioni fredde la morbilità lievemente diminuisce l'umidità aumenta e perciò le due curve s'incrociano quasi giornalmente, ma mano mano che s'inoltrano le stagioni calde la morbilità lievemente aumenta, mentre invece l'umidità diminuisce. E così avviene un completo distacco fra le due curve. Tuttavia però restano sempre immutati i rapporti fra gli spostamenti giornalieri per quanto siano meno appariscenti.

La curva della mortalità invece sembra influenzata dalla pressione atmosferica. Per rilevare ciò sopra la grafica occorre un attento esame, poichè sulla carta millimetrata per la mortalità ogni unità fu segnata alla distanza di 5 mm. mentre per la pressione atmosferica ogni grado fu segnato con una scala di un solo millimetro. La curva della mortalità ha perciò molte sinuosità, mentre la curva barometrica procede molto regolarmente. Tuttavia con pazienza si riesce facilmente a constatare che tutte quelle volte in cui la pressione inalza la sua curva, il numero dei morti aumenta. Avviene di frequente che la curva gialla (pressione atmosferica) resta elevata per parecchi giorni, in questo caso, solo nei primi giorni la curva nera (mortalità) s'innalza e nei giorni successivi procede senza alcun ordine facendo seguire a dei forti innalzamenti degli abbassamenti fino a zero. Anche qui come per la morbosità non c'è proporzione fra l'innalzamento di una curva e l'altra e mentre spesso un lieve innalzamento di pressione produce una forte mortalità, altre volte un forte innalzamento produce poca mortalità. Anche qui quando la curva della

pressione non è stabile per parecchi giorni si ha una influenza a distanza, ma è meno visibile il fenomeno della curva a vertici opposti. Con il cambiare delle stagioni anche qui avviene spesso un lieve distacco fra le due curve. Infatti la pressione barometrica, come appare chiaro dagli studi del Ferrari prima e dell'Eredia dopo sulla meteorologia di Roma, aumenta nell'inverno, diminuisce nella primavera, torna ad aumentare in estate, per diminuire di nuovo in autunno. Avviene perciò che in estate per esempio abbiamo la curva barometrica molto alta, e invece la curva della mortalità molto bassa, la qual cosa sembrerebbe un paradosso considerando le conclusioni che ne ho già detratte. Però bisogna pensare, che in questo caso tanto la mortalità che la pressione risentono le energiche influenze stagionali e che i loro rapporti sono solamente giornalieri; infatti per quanto le due curve siano distaccate un esame minuzioso rivela che il loro decorso giornaliero non ha subito modificazioni. Certamente delle eccezioni avvengono e sarebbe esagerato il pretendere che la mortalità la quale aumenta e diminuisce giornalmente per tante ragioni, non inerenti alle condizioni atmosferiche, seguisse a puntino la curva della pressione, ma a me è parso che moltissime di queste eccezioni si potessero giustificare con uno scombussolamento delle condizioni atmosferiche generali. Infatti notai spesso nel compilare la grafica che se con un brusco cambiamento di pressione coincideva un brusco cambiamento dell'umidità e della temperatura, la mortalità non risentiva nessunissima influenza. Ciò mi ha fatto pensare, come ho già detto, che la giustificazione di queste eccezioni si potrebbe ricercare ancora fra il cambiamento dei rapporti atmosferici e mi auguro che un esame più attento possa dare la spiegazione.

L'azione dei venti, in connessione a quanto aveva già osservato il prof. Nazari, ora è spiegabilissima, in quanto che si conosce che la pressione aumenta con i venti del Nord e diminuisce con i venti del Sud e con la massima velocità di qualunque vento (Ferrari). Infatti mentre i venti del Nord spiranti con media velocità riescono ad avere qualche influenza sulla curva della mortalità, quando la velocità di questa aumenta enormemente, avviene uno scombussolamento nell'ordine ordinario delle curve segnanti dati atmosferici e la mortalità o diminuisce o resta poco alterata.

Volendo far spiccare di più queste differenze ho deciso di fare un tracciato piccolo che raccogliesse le medie mensili e desse così un'idea su quanto ho detto. Naturalmente sono stato costretto ad omettere la media dell'umidità e della pressione atmosferica perchè hanno un rapporto solamente giornaliero con la mortalità e con la morbilità e nessun rapporto stagionale. Ho anche omesso la media della temperatura poichè è evidente che essa aumenta nei mesi estivi e diminuisce in quelli invernali. Ho tracciato perciò solo la somma mensile dei morti nell'Ospedale di S. Spirito e la somma degli ammalati entrati in ciascun mese nello stesso Ospedale. Nella grafica sulle coordinate stanno i mesi a distanza di 1 cm. l'uno dall'altro; sulle ascisse la mortalità è segnata con 5 unità ogni centimetro e la morbilità con 20 unità per centimetro.

Considerando il rapporto fra i due tracciati si vede in modo chiaro, eccezione fatta per due brevi periodi in cui il rapporto è turbato dall'epidemia influenzale, che le linee tendono ad avvicinarsi nei mesi invernali e si distaccano completamente nei mesi estivi.

CONCLUSIONE.

Le mie ricerche, per quanto si riferisce a Roma per un periodo relativamente breve di tempo e per il solo Ospedale di S. Spirito, dimostrano che:

1) Nessun rapporto esiste fra mortalità e morbosità;

2) Nei mesi invernali aumenta la mortalità e diminuisce la morbosità, mentre nei mesi estivi aumenta la morbilità e diminuisce la mortalità;

3) La morbosità aumenta e diminuisce giornalmente con l'aumentare e col diminuire dell'umidità;

4) La mortalità aumenta e diminuisce giornalmente con l'aumentare e col diminuire della pressione atmosferica;

5) I venti hanno valore in quanto riescono giornalmente ad influenzare l'umidità e specialmente la pressione atmosferica.

QUESTIONI DEL GIORNO.

L'esantema rapido.

(J. MOUZON. *La Presse médicale*, 13 sett. 1924).

Sembra che la lista delle malattie eruttive infantili non sia ancora terminata. Accanto alla quarta ed alla quinta malattia, per le quali, specialmente per l'ultima, non si è trovato un posto ben definito fra gli esantemi tossi-infettivi, eccone un'altra che, al pari delle due sopra citate, è caratterizzata dalla benignità. Essa presenta non pertanto un certo interesse, sia pratico, per i problemi diagnostici che può far sorgere, sia teoretico per le particolarità dell'evoluzione e dell'eziologia, nonchè per le alterazioni sanguigne che l'accompagnano.

La malattia si osserva esclusivamente nei bambini, specialmente fra 6 mesi e due anni e mezzo, raramente è stata notata in adolescenti. Per tre giorni, il sintoma preponderante, il più spesso unico, è la febbre. Il bambino è abbattuto, talora si lamenta; la temperatura rettale sale oltre 38°,5, talora anche a 40°-40°,5 e vi si mantiene con scarse oscillazioni. Dopo 3-4 giorni, la febbre cade bruscamente e definitivamente; al tempo stesso, appare un'eruzione morbilliforme che, dal tronco, dove fa la prima comparsa, si diffonde alla nuca, al cuoio capelluto e può generalizzarsi, ma non dura più di 48 ore al massimo e scompare poi senza desquamazione. È questa particolare evoluzione dell'eruzione che giustifica il nome di esantema rapido, dato da Veeder e Hempelmann; le osservazioni più recenti sono state pubblicate sotto il nome, più razionale, di esantema critico.

I primi casi vennero osservati a S. Louis (Ohio) nel 1909; altri se ne osservarono successivamente agli Stati Uniti; in Europa invece i primi casi sono stati pubblicati nel 1923 in Ungheria ed in Svizzera.

L'esantema in questione si osserva allo stato sporadico, ma talora i casi si raggruppano in piccole epidemie. La contagiosità non è stata assodata; si segnalano casi nella stessa famiglia, ma a distanza di due anni. Ne vengono affetti i bambini allattati al seno, come quelli nutriti artificialmente, i forti come i deboli. Nelle descrizioni di tutti gli autori, la sintomatologia è tanto simile da sembrare stereotipata. Su qualche caratteristica, pertanto si può richiamare l'attenzione. È notevole, p. es., il contrasto fra la febbre elevata e la integrità di tutti gli apparecchi, rispettivamente, la mancanza di sintomi. Qualche autore segnala però un leggero catarro delle mucose (coriza, faringite, talora mucopurulenta), stomatite, otite catarrale con arrossamento del timpano, iniezione congiuntivale. Tutti questi segni però sono ben lungi dall'avere l'intensità che si osserva, p. es., nel morbillo. Così pure, l'esantema può essere preceduto da macchiette rosse sul velo palatino e sulla faccia interna delle guancie; ma non vi è mai il vero segno di Köplik.

Si notano talora dei segni nervosi, cefalea (specialmente nella seconda infanzia), agitazione, anche convulsioni; in qualche caso la tensione della fontanella indica una reazione meningea. Più rari sono i disturbi digerenti; l'appetito è di solito, conservato; talora si osservano vomiti o diarrea verde.

Sono state segnalate delle adenopatie, particolarmente alla regione cervicale posteriore, ciò che ravvicinerebbe tale esantema alla rosolia; tali adenopatie però sono lievi e nemmeno costanti, sicchè alcuni autori si basano sulla loro assenza per differenziare l'esantema dalla rosolia. Il viso del bambino può essere pallido o congesto; manca però sempre ogni reazione cardiaca o renale. Il periodo febbrile può talvolta prolungarsi ad 8 giorni.

L'eruzione è data da macule rosee, un po' più pallide che quelle del morbillo, che scompaiono, con la pressione o la distensione, del diametro di 2-5 mm., spesso circondate da un'areola bianca. L'aspetto può essere analogo a quello dell'eruzione morbillosa, ma se ne distingue per il

fatto che la faccia resta risparmiata. Quando si generalizza, può discendere sulla fronte, le tempie ed anche sulle ali del naso, ma le guance non sono mai prese. Invece si può osservare alle dita delle mani e dei piedi. Le superfici di estensione sono prese al pari di quelle di flessione; pertanto le macchie sembrano essere più numerose e più colorate alla regione poplitea. Possono talora essere papulose, dare un po' di prurito e prendere un aspetto di orticaria; talvolta confluiscono, ma lasciano dei larghi spazi di pelle sana. Non meno caratteristiche dei segni descritti sono la breve durata e l'assenza di desquamazione e di pigmentazione.

Interessanti sono le modificazioni del sangue nel senso di una spiccata mononucleosi, che può arrivare al 75 ed anche al 90-98 %, associata con leucopenia. È stato inoltre segnalato l'aumento dei metamielociti, delle forme di transizione, dei plasmotici; gli eosinofili e le mastzellen sono, di solito, assenti o scarsi. Queste alterazioni sanguigne sono caratteristiche ed importanti perchè, in casi dubbi, possono permettere la diagnosi.

Il primo quesito diagnostico si presenta con il morbillo; però l'esantema ne viene distinto dalla benignità dei segni, dal fatto che l'esantema coincide con la caduta della temperatura, dai caratteri dell'esantema e dalla nessuna contagiosità. Più delicata è la distinzione dalla rosolia a cui l'esantema somiglia tanto che alcuni proposero il nome di pseudorosolia. Si deve però osservare che l'adenopatia manca solitamente e che la febbre elevata preeruttiva e l'inizio dell'eruzione dal tronco non si accordano con la rosolia, la quale è inoltre contagiosa ed attacca bambini in età più avanzata ed anche adulti.

Possono talora essere presi in considerazione gli eritemi tossici medicamentosi, che però vanno esclusi quando il bambino non ha preso alcun medicamento. Gli eritemi tossici infettivi formano un gruppo a parte, in cui è difficile fissare il posto dell'esantema rapido. Parecchi tipi di questo gruppo sono stati individualizzati, così la quinta malattia, che si inizia sulla faccia, risparmiando il cuoio capelluto, predomina sulle superfici estensorie, si manifesta senza febbre, dura generalmente otto giorni e può dare ricadute. Così pure l'eritema polimorfo dell'infanzia, che può iniziarsi con febbre, angina, dolori articolari e si presenta con aspetti morfologici vari, contusiforme, vescicoloso, anulato, durando a lungo, talora parecchie settimane.

Si accostano all'esantema rapido certe eruzioni osservate durante le epidemie di influenza; i tre giorni di febbre, la crisi brusca terminale sono, secondo l'A., comuni alle due malattie; il catarro tubario e naso-faringeo si osserva anche nell'influenza. L'esantema può aversi nelle due malattie, che però non coincidono nelle manifestazioni epidemiche. Inoltre mancano nell'esantema le complicazioni broncopolmonari così frequenti nell'influenza, in cui si ha anche la nota astenia; oltre a ciò, i caratteri dell'eruzione presentano nell'esantema rapido una fissità sconosciuta nell'influenza.

L'ipotesi dell'autonomia nosologica dell'esantema rapido trova anche un valido appoggio nelle alterazioni del sangue. È vero che la leucopenia relativa con mononucleosi si trova anche nella rosolia; in questa però tali caratteri sono meno spiccati, mentre si ha una notevole plasmocitosi (fino a 30 %), che è la caratteristica della rosolia. La leucopenia con linfocitosi si osserva anche nell'influenza e nel periodo di eruzione del morbillo, ma in grado del tutto modico.

Sul significato e sull'origine della malattia, nulla si può dire, poichè i casi osservati finora non sono stati molti, sicchè non sono state compiute ancora quelle ricerche biologiche, le quali potrebbero dilucidare la questione.

FILIPPINI.

Tentativi d'immunizzazione contro l'infezione tubercolare.

(CALMETTE, GUÉRIN, WEIL HALLÉ BOGUET, ecc. *Revue de la Tuberculose*, 1924, n. 4).

Dell'importante problema si è per primo occupato, scientificamente e con numerosi saggi clinici, il sen. Maragliano, del quale ci riserviamo di pubblicare per intero, prossimamente, la lucida conferenza da lui tenuta su questo argomento all'ultimo Congresso italiano di medicina interna.

In una serie di ricerche datanti da 20 anni gli AA. hanno dimostrato come sia possibile con culture viventi di bacilli bovini, attenuati e privi di ogni proprietà tubercoligena, conferire ai giovani animali indenni, una vera immunità verso contagi naturali o artificiali. L'attenuazione è stata ottenuta coltivando il bacillo in serie in presenza di bile di bue: la coltura è divenuta inoffensiva dopo 230 culture successive per 13 anni. La cultura di detti bacilli riportata su terreni usuali restava avirulenta ma gli elementi microbici sono tossici segregando tubercolina come i bacilli virulenti.

Introdotto in conveniente dose in vitelli, conigli, cavie, scimmie, conferisce una resistenza manifesta alle infezioni virulenti artificiali, sicuramente mortali per l'animale testimone.

La resistenza così acquistata di fronte ad infezioni virulenti o da reinfezioni, sembra in relazione con la vita simbiotica del bacillo-vaccino con certi elementi cellulari · da questa vita simbiotica risulta un complesso, quasi autonomo simile al « lichen », cellula gigante che non dà necessariamente origine ad una lesione tuberco-

lare. Di fronte ad esso l'organismo reagisce tendendo ad espellerli (fenomeno di Koch). Nei bovini inoculati con il bacillo non tubercoligeno degli AA. (bacillo B. C. G.) l'immunità cessa poco tempo dopo la cessazione della simbiosi vaccinante sia che i bacilli-vaccino siano stati distrutti dai processi digestivi cellulari sia che siano stati eliminati con la bile, con il latte, ecc.: nei bovini ciò è successo verso la fine del 2° anno, nei conigli e cavie al 6° mese dopo la vaccinazione: i bacilli virulenti reinfettati hanno allora il sopravvento.

Si tratta di una vera immunità? cioè di uno stato refrattario alla tubercolosi-malattia? Gli AA. tendono ad ammetterlo: vero è che a differenza di quanto si ha nel vaiuolo, lissa, ecc., sembra che non possa tale stato prodursi che in soggetti indenni da ogni infezione bacillare, di modo che, constatato che, l'infezione bacillare è talmente diffusa nei paesi civili che il 98 % degli uomini adulti ed il 40 % dei bovini dai 5 anni in su, reagiscono positivamente alla tubercolina, la vaccinazione antitubercolare non sembra applicabile che a soggetti giovanissimi nei primi giorni della loro esistenza.

In esperienze condotte in tal senso, gli AA. hanno fatto ingerire in 3 riprese nei 9 primi giorni di vita, un totale di 6 milligrammi di bacilli B. C. G. a dei neonati. Di 217 lattanti, 38 furono perduti di vista: degli altri, 9 morirono, 6 per cause imprecisabili, 2 per broncopolmonite, 1 per disturbi gastro-intestinali.

L'ingestione vaccinale è stata completamente inoffensiva; la cutireazione praticata 3 mesi dopo è stata negativa nell'88.7 % e positiva nell'11.3 % dei casi.

Gli AA. ricordano i tentativi del Maragliano, del Friedmann, del Ferran e concludono dicendo di non aver la pretenzione di aver risolto il problema con il bacillo B. C. G. ma confidano in una diminuzione della tubercolizzazione dei bambini, specie dei neri, ai quali possa applicarsi la vaccinazione secondo la tecnica da essi AA. indicata.

MONTELEONE.

SUNTI E RASSEGNE.

CHIRURGIA.

L'opportunità della resezione nella perforazione dell'ulcera gastro-duodenale.

(BUNDSCHUH. *Archiv f. Clin. Chir.*, Bd. 129, 1924, H. 1/2, p. 821).

Le idee sul trattamento dell'ulcera gastro-duodenale perforata hanno subìto negli ultimi anni profondi mutamenti: difatti mentre Kausch nel 1913 suggeriva la sutura delle perforazioni, preceduta, quando era possibile dall'escissione dell'ulcera, o seguìta, in caso contrario dall'applicazione, al di sopra di essa, di omento e di un altro tessuto, fu poi consigliato il tamponamento del cavo peritoneale associato alla digiunostomia. Infine nei casi di stenosi pilorica, fu eseguita la gastro-enterostomia.

Kausch nel 1923 avverte invece nel suo trattato, come da molti venga proposto oggi, un processo ancora più radicale, la resezione: personalmente egli però ritiene che se anche nelle prime ore dalla perforazione, il metodo può dare dei buoni risultati, non lo si debba generalizzare perchè la mortalità si eleverebbe di troppo.

Scorrendo la letteratura sull'argomento tale impressione pessimistica si rende sempre meno giustificata. v. Haberer nel 1919 fu il primo a proporre un tale procedimento col vantaggio di permettere l'asportazione del focolaio e subito la chiusura dell'addome. Man mano che furono nella letteratura riferiti dei risultati brillanti (Steichele-Massari) si andò anche facendo strada la persuasione di elevare a dignità di metodo di scelta, un tal modo di procedere (Schwartzmann). v. Haberer nel 1922 si dichiarò nettamente in favore della resezione, e sostenne che tanto nel caso di una peritonite circoscritta, in cui bastava una toilette locale, che in quelle diffuse, nelle quali era necesario un lavaggio accurato della cavità, si poteva chiudere il peritoneo senza drenaggio.

Ad ogni modo conta più lo stato generale del paziente che il tempo trascorso dalla perforazione (Paul): tenendo presente che dopo 12 ore è quasi impossibile pensare ad un intervento così radicale.

Al contrario esistono altri che preferiscono la sutura semplice della perforazione e la dichiarano migliore a qualsiasi altro intervento (Schmidt), ottenendosi con essa buoni risultati ed essendo la resezione di rara applicazione. Oehlecker la vorrebbe per lo meno riservata nelle mani di chirurghi esperti.

Essendo ancora aperta la questione è opportuno portare dei contributi sull'argomento. Certo si

sostiene da molte parti un aumento dell'ulcera gastrica perforata nell'uomo, per lo più nel quarto e nel sesto decennio. Nelle perforazioni non mancano quasi mai pregresse sofferenze della malattia, ma lo stabilirsi di tale complicazione si manifesta in genere senza causa apparente: solo qualche volta la si può mettere in rapporto con pasti copiosi. I dolori improvvisi sono fortissimi, acompagnandosi con nausea, vomito, sintomi di interruzione del circolo intestinale. Il quadro morboso generale è quello di una peritonite da perforazione, pur conservandosi il polso discreto e la temperatura poco elevata. La diagnosi è facile in genere, mancando il collasso grave proprio delle peritoniti da appendicite e da perforazione di empiemi della cistifellea: contro la peritonite pneumococcica stanno i dati anamnestici. Bisogna naturalmente astenersi da lavande gastriche: è opportuno servirsi della narcosi morfio-eterea e praticare una incisione xifo-ombelicale mediana in tutti i casi. Tra i vari metodi di resezione è assolutamente preferibile, come consiglia v. Haberer, la Billroth n. 1, perchè più rapida e più logica ripristinando le primitive condizioni anatomiche. Per i confronti dei risultati non si possono prendere in blocco la G. E. e le resezioni, riservandosi la prima ai casi più gravi e di prognosi quindi peggiore, ma quello che risulta evidente si è che nei casi precocemente venuti al tavolo operatorio, l'esito delle due diverse specie di intervento si equivalgono. Ma tale parallelo si mantiene in fondo inalterato anche quando l'intervento viene praticato più tardi, con la differenza che la G. E. nei casi di sopravvivenza non garantisce neanche la guarigione nè immediata nè definitiva della lesione ulcerativa, come la resezione, tanto è vero che più volte la perforazione si manifesta proprio in gastro-enterostomizzati. Non solo ma quando esistono più ulcere è facile asportarle con una resezione, lo è impossibile con una G. E.

In quanto alla peritonite è indifferente trattarla con lavaggio o limitarsi solo ad asciugare l'essudato: è questione come ha dimostrato l'esperienza, di gusto (Kraske): al massimo si può lavare la cavità peritoneale quando la si trova inondata di contenuto gastrico. Il peritoneo va sempre chiuso, ed è notevole il fatto che anche in quei casi che giunsero al tavolo anatomico, la diffusione della peritonite si presentò più circoscritta di quella trovata all'intervento.

Tali sono le conclusioni cui è giunto Bundschuh in base alla sua esperienza, basata sulla osservazione di 14 casi di cui ben 13 uomini e nei quali fu praticata 4 volte (con 3 morti) la sutura che altre tre volte fu associata alla G. E. (2 morti) e 7 volte la resezione (1 morto). E. M.

La cura radicale dell'ernia inguinale nel bambino.

(BROCA. *Journal des praticiens*, 9 agosto 1924).

Si riteneva un tempo che l'ernia inguinale nei bambini non fosse soggetta a strozzamento. L'A. fa invece osservare che lo strozzamento può benissimo verificarsi anche in piccoli bambini, sebbene esso non sia frequente. Il più delle volte però, è anche inutile ricorrere al taxis, bastando un bagno tiepido, o l'applicazione di un cataplasma pesante e caldo per ottenere la riduzione.

L'indicazione dell'atto operativo nel bambino piccolo, è data, oltre che dallo strozzamento, dal fatto che l'ernia sia incoercibile. Al di fuori di questi casi, si deve incóminciare a far portare al poppante il cinto; l'unico veramente pratico è quello in gomma, che però deve essere bilaterale, anche se l'ernia è da un solo lato. La contenzione dell'ernia è mediocre, ma è certo più garantita che con altri cinti a molla. Le ernie non bene mantenute, poi, diventano voluminose ed hanno, come conseguenza delle coliche, dei disturbi dispeptici, l'insonnia. Si stabilisce un circolo vizioso; i bambini ad ernia voluminosa sono spesso dei rachitici, con ventre grosso, coliche; quindi piangono spesso ed aggrávano le loro condizioni, mentre, dal suo canto, l'ernia aggrava le condizioni della digestione ed i bambini sono più esposti agli accidenti acuti che, nella stagione calda, provocano spesso la morte.

Queste grandi ernie dei poppanti sono ernie di debolezza muscolare, ma la grande differenza con quelle dell'adulto consiste in ciò che al contrario di quanto accade per l'adulto, l'insufficienza muscolare è curabile. Quindi è consigliabile di ricorrere all'atto operativo, che ha, si può dire, un'efficacia assoluta, purchè il sacco sia dissecato abbastanza in alto e la sutura della parte sia fatta bene.

L'innocuità dell'operazione, anche nei casi complicati, è quasi perfetta; il solo pericolo consiste nello stato di ipertermia brusca, che talora fa morire il bambino in stato di asfissia bianca, in 36 ore. Esso si spiega con uno stato di congestione polmonare che non lascia tracce all'autopsia. Del resto ogni atto operativo nel poppante è facilmente seguito da tale ipertermia, con febbre a 39°-40°, che ricade alla norma l'indomani. L'A. ha l'abitudine di accogliere nel suo riparto i poppanti da operare con la rispettiva madre. Dopo l'operazione, si prende la temperatura ogni due ore; non appena il termometro segna 39°, si pratica l'impacco freddo del torace, che ha un'azione immediatamente benefica, sicchè questi incidenti operatori sono ora divenuti assai benigni.

fil

DERMATOLOGIA.

Derivati dell'olio di Chaulmoogra e dell'olio di fegato di merluzzo.

(J. ROUILLARD. *La Presse Médicale*, 22 nov. 1924, n. 94).

J. Rouillard riassume ed esamina ciò che in questi ultimi anni è stato pubblicato specialmente da Sir Leonard Rogers su l'uso dell'olio di chaulmoogra e dell'olio di hydnocarpus per la cura della lepra e della tubercolosi. Nei riguardi della lepra i meglio tollerati sono i sali di soda degli acidi chaulmoogrici e hydnocarpici: tra questi il più attivo e il più usato è l'hydnocarpato o il ginocarpato di soda. Sia per via endomuscolare (non poco dolorosa) che per via endovenosa si ha la scomparsa più o meno rapida, ma sempre totale, dei bacilli di Hansen dalle lesioni e la regressione delle lesioni stesse; la reazione febbrile, che segue per lo più le iniezioni endovenose, sembra abbia influenza favorevole sulla rapidità della scomparsa dei bacilli.

Rogers ed altri autori hanno usato, con risultati anche soddisfacenti, gli eteri etilici dell'olio di chaulmoogra; Rogers infine ha esperimentato anche i morruati di soda (preparati con gli acidi grassi non saturi di olio di fegato di merluzzo) ed ha ottenuto ottimi risultati riuscendo anche ad eliminare gli inconvenienti degli altri preparati.

Nel 1921 Rogers pubblicò che l'azione terapeutica di questi preparati si esplicava non soltanto per la distruzione dei bacilli acido-resistenti ma anche per la produzione di antigeni consecutiva alla distruzione dei bacilli stessi; egli ha infine proposta una ultima interpretazione fondata su un rinforzo dell'azione della lipasi sotto l'influenza dei chaulmoograti e dei morruati: nei tubercolosi e nei leprosi infatti spesso si osserva una diminuzione della lipasi sanguigna che torna poi normale dopo la cura.

Data l'efficacia di tali medicamenti nella lepra molti sono stati gli autori che hanno pensato di usarli nella tubercolosi dovuta anch'essa ad un bacillo acido-resistente e Rogers così riassume le osservazioni compiute in proposito:

1) nelle forme acute ad evoluzione rapida, non migliorate dal riposo e nelle forme emoptoiche i risultati sono nulli o contrari;

2) in un certo numero di casi gravi vi è miglioramento non indifferente con scomparsa dei bacilli dall'espettorato;

3) nelle forme iniziali i risultati sono buoni.

Incerti invece sono i risultati per la tubercolosi chirurgica: frequentissime le reazioni locali delle lesioni; sembra che nella metà delle lesioni tubercolari così trattate si sia avuto miglioramento. In conclusione gli effetti dei chaulmoograti e dei morruati di soda sono molto discutibili.

Rogers ha voluto esperimentare anche con preparati analoghi ossia con gli eteri etilici degli acidi morruici, data la loro grande stabilità e l'assorbimento più lento che non i morruati di soda; ha consigliato anche di alternare iniezioni di tubercolina e di morruato sperando che la tubercolina aumentasse la resistenza del malato alle tossine specifiche e che il morruato potesse infine distruggere più efficacemente i bacilli ed ha ottenuti buoni risultati in 3 osservazioni.

Egli ha infine pensato alle iniezioni di olio di fegato di merluzzo diluito in parti uguali con olio di olivo· l'uso dell'olio di fegato è giustificato dalla presenza in esso di vitamine A che non esistono nei morruati e per la sua capacità a distruggere i bacilli della tubercolosi. L'olio di fegato di merluzzo è del resto un rimedio ben noto contro la tubercolosi, consacrato ormai da secolare esperienza.

Tale essendo lo stato della questione è prematuro, almeno per ora, concludere troppo favorevolmente per l'uso dei chaulmoograti e dei morruati, benchè questi preparati sembra esercitino un'azione specifica sul bacillo tubercolare. La frequenza delle reazioni locali e generali impone certamente grande prudenza nel loro uso, però è senza dubbio molto interessante continuare tali tentativi e stabilire con maggiore precisione le indicazioni di questo metodo di cura.

V. MONTESANO.

OTO-RINO-LARINGOLOGIA.

Sul significato morfologico e fisio-patologico di alcune asimmetrie e di taluni spostamenti della laringe.

In generale si pensa che il valore semeiotico degli spostamenti del tubo laringo-tracheale consista soltanto nello svelare la presenza di un aneurisma aortico, di un tumore mediastinico o cervicale profondo, in una tubercolosi grave polmonare e simili.

Talvolta questo spostamento è così accentuato da imporsi all'osservatore, come nel caso di Greffner (*Rotazione ad angolo retto della laringe per aneurisma dell'aorta*. Zeitschr. f. Laryngologie, settembre 1911).

Se questi mutamenti della statica laringo-tracheale sono quelli più comuni e più salienti; altri ve ne sono che si stabiliscono con un meccanismo diverso e che hanno un significato tutto proprio.

È merito di G. Bilancioni l'avere richiamata l'attenzione su questo argomento di semeiologia,

partendo da un coordinato sistema di ricerche di morfologia patologica.

Anche in alcune di quelle figure, che la nostra educazione artistica considera come esempi ideali di bellezza armonica, le piccole asimmetrie sono bene evidenti ad un esame accurato. Se si fotografa la testa della Venere di Milo, dietro un fitto reticolò, si vede che solo la parte del volto che sta al disotto del naso, cioè la bocca, le labbra, il mento, è rigorosamente simmetrica; mentre la parte del volto al disopra di questa linea è irregolare. L'orecchio sinistro è più alto del destro, l'orbita sinistra è pure lievemente più alta della destra e più vicina alla linea mediana del volto, il naso volge verso destra. La metà sinistra del cranio è più grande, e in modo rilevante, della destra. Gli studi di Fawcett e Lee, di Meyer e Pearson, di Davenport, in svariati organismi, mostrano quanto siano interessanti in proposito i dati della biometria.

Secondo Broca, l'asimmetria è un carattere di superiorità di una razza e nella stessa razza rappresenta, entro determinati limiti, un elemento di distinzione fra i vari individui.

Guldberg ha notato nell'uomo, sia con delle ricerche osteometriche, sia con misurazioni *in vivo*, una differenza morfologica valutabile fra le estremità omonime delle due metà del corpo.

Molle conclude il suo studio fra *l'homme droit et l'homme gauche*, affermando che nella maggior parte degli individui, nello stato di salute e più ancora in quello di malattia, esiste fra il lato destro ed il lato sinistro del corpo, una ineguale resistenza ai vari processi morbosi e da questo punto di vista, egli intende considerare i soggetti come *faibles droits* o come *faibles gauches*.

Analogamente Bilancioni ha potuto notare (*La laringe umana è organo perfettamente simmetrico?* Arch. Ital. di Otologia, vol XXXI, fasc. V e VI) che le due metà della laringe talvolta non sono perfettamente simmetriche: tale differenza ora concerne le singole parti del vestibolo laringeo, ora puramente le labbra della glottide, specie le corde vocali vere; ora riguarda il diverso spessore e volume delle parti, ora la loro motilità. È abbastanza frequente vedere una cartilagine aritenoide più accentuata dell'omonima, soverchiarla superando sulla linea mediana e apparire come più prominente. In altri casi è una corda vocale più sottile dell'altra, più esile, situata in un piano più basso rispetto all'opposto.

Evidentemente tutto questo ha valore di *dissimetria fisiologica* in quei casi in cui si possa escludere qualunque affezione in atto o pregressa, sia a carico della laringe che degli organi contenuti nel mediastino.

Esistono d'altra parte spostamenti e dissimetrie laringee legati sia a cause intrinseche che a cause estrinseche e a lesioni intratoraciche, ma si rivelano con un aspetto diverso dalle prime ad un occhio bene esercitato.

Bilancioni esamina esaurientemente queste varie cause e mette in rilievo fatti di cui alcuni interessano soltanto il laringologo, ma molti altri hanno spiccato valore sopratutto per il clinico medico; perchè da un disturbo laringeo poco apprezzabile, ma che riveste carattere speciale, si può pervenire alla diagnosi di lesioni intratoraciche non sospettate (*Gli spostamenti della laringe da causa intrinseca.* Arch. ital. di otologia, 1922, fasc. 4).

Per lo studio della topografia laringea, oltre l'esame clinico consueto, l'A. si è valso della radiografia, servendosi di un tubo Gundelach a radiatore, della durezza di 4-5 gradi Benoist, capace di un carico di 10-12 milliampères costante per 4, 8 secondi di posa calcolata secondo il rendimento acceleratore di uno schermo di rinforzo per ampolle di media durezza. Le radiografie venivano ottenute in proiezione postero-anteriore (dorso-ventrale) — qualcuna solo antero-posteriore, per ostacolo alla esagerata estensione del collo o per impossibilità del decubito ventrale —; e per avere un buon segno di riferimento si applicava in corrispondenza dell'angolo anteriore della cartilagine tiroide (fissandolo alla cute mediante un cerotto adesivo) uno stelo metallico. La testa del paziente veniva fissata in modo che il raggio centrale, partente dall'anticatode dell'ampolla, coincidesse con il piano sagittale cefalo-cervicale: posizione goniometricamente controllata. L'ombra dello stelo metallico giovava moltissimo a far riconoscere sulla radiografia il sito della laringe, anche quando questa non era ossificata e a scheletro molto sviluppato; e il semplice artificio ha fatto rinunciare all'uso di una gabbietta di filo di piombo, che servisse a delimitare la laringe.

I casi illustrati sono tutti più o meno dimostrativi e stanno a deporre per la realtà obiettiva dello spostamento della laringe in svariate condizioni fisio-patologiche che interessano l'organo vocale in sè: carcinomi intrinseci, paralisi di una corda vocale, infiltrazioni gommose, tumori benigni, turbe fonatorie da malformazioni nasofaringee. L'A. non ha trascurato qualche caso che non era « puro », nel senso che doveva coesistere una lesione a carico degli organi toracici, per ottenere una sorta di controllo nelle sue indagini.

Resta ora a vedere se la laringe nello spostarsi dalla linea mediana, per la presenza di un ostacolo intrinseco alla sua normale e libera funzione, segua una legge costante.

In tale argomento hanno grande valore le mol-

teplici variazioni individuali, specie a carico della muscolatura, della nostra laringe — come ha mostrato Taguchi nel suo lavoro *Der suprasternale Spaltraum des Halses* (*1899*) — e possono intervenire quei diversi fattori che, per una certa analogia di condizioni anatomiche, vediamo influire sulla posizione mediana o meno dell'utero femminile. Si deve pensare che la laringe è mantenuta in sito dai muscoli estrinseci, dalla membrana iotiroidea, dal continuarsi che fa con la trachea, dai comuni tegumenti e dalle fasce aponeurotiche; in dietro corrisponde all'estremo inferiore della faringe e, indirettamente, alla sottile lamina prevertebrale.

Le modificazioni della meccanica laringea, apportate da una lesione unilaterale, che limita oppure sottrae alla funzione fonatoria e respiratoria una metà della laringe, possono spiegare la torsione o lo spostamento dell'asse del condotto vocale.

Ma in questi mutamenti della statica laringea si deve tener conto dell'intervento di alcuni muscoli della faringe, in special modo dei costrittori medio e inferiore. Il costrittore medio, originato dalle corna dello ioide, s'inserisce al *rafe della faringe;* l'inferiore è esteso dalla cartilagine tiroidea e da quella cricoidea allo stesso rafe. Questo muscolo è in rapporto con i nervi laringei: il laringeo superiore s'insinua sopra il suo margine superiore, il ricorrente passa sotto il suo margine inferiore. S'intende come una lesione flogistica cronica, oppure una neoplasia dell'interno della laringe possano interessare parti così vicine e solidali.

*
* *

Va inoltre ricordata una speciale dissociazione fra i movimenti di una corda vocale e quelli dell'aritenoide corrispondente: si nota che l'aritenoide resta immobile, fissa, poggiata indietro e in fuori, mentre la corda vocale relativa giunge alla linea mediana durante l'atto della fonazione (Bilancioni: *Aritenoide e corda vocale vera.* Bollettino del Grazzi, anno XL, fasc. VI).

L'A. ritiene che questo disturbo di motilità abbia origine da una lesione articolare crico-aritenoidea e che tale lesione rappresenti spesso la prima localizzazione della poliartrite influenzale.

*
* *

Ma oltre alle cause intrinseche ed alle cause estrinseche, di cui si è occupato Signorelli (*Sugli spostamenti del tubo laringo-tracheale nelle diverse affezioni del collo e degli organi intratoracici.* Atti della Clinica Otoiatrica di Roma, 1908), hanno grande importanza quegli altri reperti che, come la torsione della laringe sull'asse maggiore e la sua fissazione, certamente non sono legati a lesione del ricorrente o ad altre lesioni estrinseche più o meno grossolane.

Bilancioni e Attili (*Disturbi faringo-laringei, talora vaghi e mal definiti, dipendenti da lesioni intratoraciche.* Rassegna Internaz. di Clinica e terapia, 1924) fermano appunto l'attenzione su questi disturbi laringei, la di cui causa estrinseca, intratoracica, non ha nulla in comune con la consueta ed evidente lesione ricorrenziale.

Si tratta di alterazioni che meccanicamente modificano la simmetria della laringe, determinandone una torsione o una fissazione, con i disturbi funzionali conseguenti.

La causa più frequente di questi speciali reperti è data da una modificazione del parenchima polmonare per infiltrazione di probabile natura tubercolare: altre cause sufficienti sono le iperplasie glandolari linfatiche tubercolari o luetiche e le aderenze e sclerosi, quali esiti di una pregressa pleurite.

S. TRAINA.

NOTE DI TECNICA.

L'inoculazione endorachidea del virus da strada nella diagnosi biologica della rabbia.

La via di elezione per inoculare il virus da strada nella diagnosi biologica della rabbia è stata fino ad oggi quella sottodurale, previa craniectomia dell'animale da esperimento. Dalle ricerche di D. Lupponi (*Annali d'igiene*, l'uglio 1924), risulta invece preferibile la via del rachide, anzitutto perchè essa determina nell'animale un traumatismo assai minore che quella sottodurale, in secondo luogo perchè, mentre in quest'ultima si ha spesso un rigurgito dell'emulsione iniettata sicchè non si può stabilire esattamente il quantitativo inoculato, nella iniezione endorachidea, si possono introdurre anche forti quantità, senza incontrare tale inconveniente.

Con l'inoculazione nel rachide, inoltre si ha una doppia abbreviazione e del periodo di incubazione in generale (11 giorni all'inizio della paralisi, anzichè 17) e della oscillazione dei periodi di incubazione che offrono i diversi virus da strada inoculati sotto la dura. La ragione di ciò va ricercata nel fatto che per la via endorachidea, si può introdurre una massa maggiore di virus. Per tal modo viene anche a rendersi più pratica ed alla portata di tutti la diagnosi biologica della rabbia.

Per l'inoculazione, l'A. sceglie lo spazio intervertebrale immediatamente superiore alla linea che unisce le due ossa iliache. L'animale viene disteso ed immobilizzato sopra una tavola, da un aiuto, che afferra con la sinistra le zampe poste-

riori e con la destra le orecchie. Rasi i peli e spennellata la cute con tintura di iodio, l'operatore si rende conto dell'ubicazione dello spazio intervertebrale, con il dito pollice della sinistra; senza lasciare troppo la compressione, fa scivolare il dito prossimalmente, fino ad incontrare lo spazio intervertebrale immediatamente superiore alla linea che unisce le due ossa iliache e. senza togliere il dito, infigge l'agocannula sulla guida dell'unghia. L'infissione deve essere lenta e graduale, in modo che l'animale non risponda con movimenti incoordinati, a cui può seguire la lesione del midollo, con paralisi e morte. La sensazione caratteristica data dall'ago penetrante in cavità avverte di essere nel rachide; allora, seguitando con la sinistra a tenere immobile l'animale, si prende con la destra la siringa, già preparata con l'emulsione, e si fa l'iniezione. Estratto l'ago, si fa un po' di compressione. La quantità di emulsione che l'A. inietta, è di cmc. 0,50. È da raccomandarsi la disinfezione delle mani dell'operatore e dell'ago. *fil.*

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Trattato di Anatomia Patologica, fasc. 8 e 9 e fasc. 11. Unione Tipogr. Editr. Torinese. L. 48.

Il noto trattato di anatomia patologica pubblicato da autori italiani sotto la direzione del compianto P. Foà, si arricchisce nella sua parte generale di due ottimi fascicoli: uno (VIII-IX) dedicato ai virus filtrabili alle spirochetosi e ai protozoi patogeni, ai parassiti animali, alle cause fisiche delle malattie, l'altro l'XI dedicato ai veleni come fattori di malattia: argomenti cioè sui quali l'indagine bacteriologica, parassitologica, la fisica, la chimica, la fisico-chimica hanno portato un progresso considerevole.

I « virus filtrabili ed indeterminati » sono affidati alla competenza del Volpino, e nelle poche pagine che sono state concesse alla trattazione l'A. non viene meno all'aspettativa. In pochi tratti, che si leggono con facilità anche da chi non è addentro dell'argomento, il lettore è messo al corrente delle nozioni più sicure e più moderne, in un campo ancora inquinato da fantastiche scoperte e da esagerazioni.

Le spirochetosi sono il capitolo affidato al Fontana; le nozioni generali sui protozoi patogeni per l'uomo e per gli animali al Sangiorgi. Sotto la denominazione di spirochetosi, che l'A. riconosce inesatta, sono compresi gli spironemi, i treponemi, le leptospire. La trattazione risente dello stato attuale delle conoscenze, in qualche parte assai incerte, specialmente nei rapporti colla patologia umana, ma l'A., pur segnando i progressi di questi ultimi anni, è molto parco su quanto non ancora risulta accertato dall'esperienza. La trattazione dei protozoi meriterebbe un più ampio sviluppo, proporzionale agli altri capitoli, e si vede lo sforzo dell'A. di utilizzare come meglio può lo spazio ristretto di un corto letto di Procuste.

I parassiti animali nella trattazione del Ravenna ci sembrano esposti al lettore nel loro esatto valore con quello sviluppo che meritano e per le descrizioni parassitarie anatomo-patologiche e delle reazioni biologiche. Le cause delle malattie sono svolte dall'Almagià. Capitolo pieno ancora di incognite ma ricco di conquiste nella medicina moderna. E infatti l'A. affronta con successo i capitoli sull'azione patogena dei raggi luminosi, dell'elettricità, ecc., senza trascurare i vecchi problemi e quesiti della patologia generale delle cause esterne di malattie.

Nel fascicolo XI Cevidalli tratta brevemente dei veleni quali fattori di malattia, svolgendo il capitolo dell'azione intima dei veleni, e illustrando le alterazioni anatomo-patologiche che essi determinano. T. PONTANO.

A. DIONISI. *Anatomia patologica delle nefropatie*. Un vol. in-8° di di 105 pag. con XXI tavole. S. Bucciarelli, ed. Roma, 1924.

Il problema delle nefropatie, che è rimasto a lungo inquadrato nella classificazione di Bright, ha subito in questi ultimi tempi un certo rimaneggiamento. In queste lezioni, il chiaro Direttore dell'Istituto di anatomia patologica della Università di Roma, svolge l'argomento considerando la *nefrosi* (nefrite detta parenchimatosa o tubulare), la *nefrite* (glomerulo-nefrite) e le *alterazioni sclerotiche dei reni*, in modo da dare un'idea nitida del complesso problema. E, siccome il campo delle nefropatie è uno di quelli in cui è più stretta la connessione dell'anatomia patologica con la clinica, l'A. fa continui riferimenti alla parte clinica, mettendo sempre in raffronto le lesioni patologiche con i sintomi presentati dall'ammalato. Il libro sarà quindi consultato con vantaggio non solo dallo studioso, ma anche da chi si interessa ai problemi della pratica.

Buona la veste tipografica, e belle e dimostrative le tavole che accompagnano il libro.

fil.

BÜRGER M. *Pathologisch-Physiologische Propädeutik*. Berlin, Julius Springer, 1924. Doll. 2,90.

Questo volume del Bürger, che appare sotto la presentazione dello Schittenhelm, del quale l'A. è collaboratore, è dedicato specialmente agli studenti ed ai giovani medici, e si distingue dai molteplici manuali di fisio-patologia perchè la trattazione di singoli argomenti pure essendo alquanto ristretta, non rispecchia quello schemati-

smo arido che rende meno interessante ed utile ogni trattazione. Il volume è suddiviso in vari capitoli, ed ognuno di questi è dedicato ad una delle funzioni organiche, o alla fisiopatologia dei singoli apparati e sistemi, ed è corredato da numerose illustrazioni particolarmente nitide e dimostrative. Nulla si è trascurato di quanto è frutto delle più moderne indagini e ricerche.

E. T.

J. BAUER. *Die Kostitutionelle disposition zu inneren Krankheiten.* Springer, editore. Berlino, 1924. III Edizione.

Nel breve tempo di 6 anni esce ora la 3a edizione di questo trattato sulla patologia costituzionale, che rappresenta oggigiorno uno dei libri più ricchi e più completi sull'argomento. Ne abbiamo già parlato diffusamente a proposito delle edizioni precedenti: ci basti di dire qui che quasi tutti i capitoli hanno subito rifacimenti ed aggiunte, in rapporto ai nuovi lavori ed alle nuove esperienze acquisite negli ultimi tempi; particolarmente è stata curata la prima parte, parte generale che rappresenta una rivista critica ampia della vasta produzione scientifica sull'argomento; mentre la rassegna bibliografica è stata aggiornata rendendola anche più completa e perfetta.

Oggi che lo studio della patologia costituzionale, specialmente in rapporto agli studi sulla fisiopatologia endocrina, va assumendo ognora maggiore importanza, il trattato del Bauer è, nella sua compiutezza, un libro di prezioso sussidio a tutti gli studiosi.

LAPENNA.

HERMANN PFEIFFER. *Allgemeine u. experimentelle Pathologie.* Editori: Urban e Schwarzenberg, 1924 — Berlino e Vienna.

Libro tratto dalle lezioni di patologia generale dettate all'Università di Innsbruck e di Gratz, allo scopo di dare, per quanto è possibile, una idea sintetica su tutti i problemi della patologia, raccogliendo in un volume unico di modesta mole tutta la multiforme materia.

Nella parte dedicata all'eziologia generale è notevole lo sviluppo dato alla dottrina della costituzione anche dal punto di vista storico; a quella dell'alimentazione con speciale riguardo alle avitaminosi; ed alle alterazioni prodotte dall'energia raggiante, elettrica, termica, radioattiva e da raggi X. Il vasto problema dell'immunità, quello della regolazione calorica e della febbre e specialmente quello del ricambio, sono diffusamente trattati.

Quest'ultimo è il capitolo più completo e più notevole, che contiene, a base di ogni argomento, lucidi richiami di chimica biologica ed una accurata trattazione analitica delle varie malattie del ricambio dal punto di vista fisiopatologico.

Questo manuale offre la possibilità di un aggiornamento completo e rapido sopra tutte le questioni più moderne della patologia.

VALENTINI.

BAUER J. *Vorlesungen über Allgemeine Konstitution und Vererbungslhere*, 2a ediz. Berlin, L. Karger, 1923. Mk. 3,15.

È a tutti noto il contributo particolare che gli studi del Bauer hanno dato al problema della costituzione e non vi è studioso di medicina che non conosca il trattato pubblicato dal Bauer stesso. Già nel 1921 l'A. pensò di raccogliere quanto era il risultato delle sue osservazioni ed indagini in un piccolo volume, dove la materia era esposta col piano da lui tenuto nello svolgimento delle sue lezioni. A distanza di due anni compare la seconda edizione di questo compendio dedicato specialmente agli studenti. Esso costituisce una utile guida a chi si interessa dei problemi della costituzione, e rappresenta una necessaria preparazione per chi voglia poi più particolarmente dedicarsi a questa parte della medicina. Numerosi schemi ed illustrazioni corredano il testo di queste 12 interessanti lezioni.

E. T.

HERMANN HOFFMANN. *Uber Temperamentsvererbung.* Editore I. F. Bergmann. Berlino, 1923.

L'A. tratta un interessante problema fisiopsicologico e sociale riguardante le varie risultanti che nella discendenza produce l'unione dei differenti temperamenti. Egli si riporta alla classificazione psicopatologica di Kretschmer che divide i caratteri in ciclotimici e schizotimici. Nelle famiglie schizofreniche (demenza precoce) prevalgono gli schizotimici, nelle circolari (psicosi maniaco depressiva) i ciclotimici. A queste differenze psichiche corrispondono anche differenti caratteri corporei e specialmente negli schizotimici predomina un carattere atletico combinato spesso a disarmonica sproporzione del viso e delle estremità mentre nei ciclotimici il così detto tipo astenico. A questi due gruppi patologici l'A. riferisce tutte le varietà del carattere e del temperamento umano normale, e dalla loro combinazione nelle generazioni cerca di trarre delle leggi per i caratteri della discendenza. Questo studio offre occasione all'A. di studiare i membri e le genealogie di molte importanti famiglie, fra le quali quella del re Federico Guglielmo di Prussia.

Il libro quindi ha un'alta importanza sociale, dal punto di vista eugenetico.

VALENTINI.

KUNSTLER et PREVOST. *La matière vivante* — Prezzo Fr. 18 — Editore Masson, Parigi.

Gli autori espongono in questo libro i loro studi e le loro vedute sulla organizzazione della materia vivente e sull'origine della vita. Per essi le reazioni esclusivamente chimiche non possono spiegare la riproduzione e la vita, ed i fenomeni ottenuti con i colloidi e le emulsioni hanno soltanto un'analogia grossolana con i movimenti vitali, ed è impossibile stabilire una continuità fra regno organico ed inorganico.

La parte personale è preceduta da un'esposizione critica delle teorie avanzate al riguardo.

Numerose e nitide figure illustrano il testo.

DR.

DA ROCHA PEREIRA ALFREDO. *Liquido cefalo-raquidiano.* Companhia Portuguesa Editora, Porto.

Scopo di questo lavoro è di dimostrare l'alto valore clinico dell'esame sistematico del liquido cefalo-rachidiano.

Premessi brevi cenni intorno al l. c. r. normale sia dal punto di vista anatomico che fisiologico, sia in riguardo alla composizione chimica, l'A. studia nel laboratorio del prof. de Aguiar il comportamento del liquor nelle malattie del sistema nervoso: riassumendo in sintetiche proposizioni i risultati ottenuti in ciascun gruppo di malattie mette in evidenza per ciascuna di esse quel che d'importante il Clinico può domandare alla puntura lombare: nozioni indispensabili talora per la diagnosi, utili in molti casi per la condotta terapeutica del medico.

Le ricerche originali, eseguite con perfetta tecnica, sebbene incomplete (forse per ragioni di tempo datando il lavoro dal 1921) in quanto le ben note molteplici reazioni colloidali mai furono praticate, si chiudono con una bibliografia ricca ispano-francese dalla quale gli altri AA. latini, che pur notevole contributo hanno dato allo studio del l. c. r., sono quasi rigorosamente esclusi.

MONTELEONE.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 30 giugno 1924.

Rantolo paradosso nel pneumotorace artificiale.

E. MORELLI. — Accade talvolta in corso di pneumotorace che aumentando la compressione del gaz, possano riudirsi rantoli già scomparsi, o comparirne dei nuovi; nasce il dubbio che si tratti di rantoli dell'altro polmone, trasmessi dal pneumotorace troppo teso. Si tratta invece di rantoli locali che si ravvivano per un fenomeno consimile a quello della « gutta cadens »: ciò è dovuto al fatto che un ambiente gasoso fa da risuonatore ad una spezzettatura di rantolo. Così per il « rantolo paradosso », rantolo costituito in un polmone distanziato dalla parete toracica.

Esso non giunge all'orecchio, ma se vi è pneumotorace teso, fa da risuonatore, ed il rantolo o quella parte di esso consonante col pneumotorace, per la legge fisica dei risuonatori, sarà moltiplicato e potrà essere avvertito. Utile il fatto a conoscersi nella cura pneumotoracica, poichè, anzi che far temere rantoli trasmessi da pneumotorace troppo teso, spingerà, se altre condizioni non lo controindicano, ad aumentare la compressione del pneumotorace.

Il taglio del frenico nelle malattie dell'apparato respiratorio.

E. MORELLI. — L'O. riferisce su 50 casi di taglio del frenico: egli ha studiato questo atto operativo in svariate malattie; innanzi tutto nella tubercolosi polmonare, ottenendo nei casi indicati notevole vantaggio che va da grandi miglioramenti alla guarigione clinica. L'O. lo ha pure applicato nelle emorragie polmonari con esito assolutamente brillante; in un caso di bronchiettasia ottenne la guarigione.

L'usò pure in empiemi susseguenti a pneumotorace, in casi in cui la dilatazione del polmone era ormai impossibile, con esito la guarigione. L'O. crede debba essere usato prima di praticare una ampia demolizione costale.

Stomosine Centanni nella cura della tubercolosi polmonare.

E. MORELLI. — Riferisce su 70 casi curati colle stomosine antitubercolari; non vuole entrare in merito alla costituzione chimica della stomosina: riferisce sugli esiti terapeutici: afferma innanzi tutto che molto modificato deve essere il metodo di applicazione: non le grandi dosi ma piccolissime dosi crescenti secondo la reazione individuale.

Questa cura deve essere attuata in malati a tipo cronicizzante, sorvegliando attentamente la reazione locale; se questa è troppo viva non con-

viene continuare la cura. Concludendo l'O. ritiene che la stomosina si possa considerare come una tubercolina che ha su tutte le altre il vantaggio di poter rapidamente essere portata ad alte dosi anche in individui in cui le piccole dosi davano reazioni fortissime; per questa ragione è intuitivo pensare che la stomosina possa avere ottima funzione vaccinante.

Alla lunga e importante discussione che segue prendono parte i proff.: Alfieri, Spolverini, Ganassini e i dott.: Falchi e Orsi.

Ricerche diagnostiche-terapeutiche con la introduzione per via endovenosa di vaccini antigonococcici.

G. FALCHI. — Ha compiuto ricerche per stabilire quale valore diagnostico e curativo si potesse ricavare dall'introduzione del vaccino antigonococcico per via endovenosa. Ha preso in considerazione 238 ammalati di cui 134 donne e 94 uomini di età variabile, affetti dalle più diverse localizzazioni gonococciche acute, subacute, latenti. Ha usato Arthigon, Gonovaccin, Gonargin, Neo-Dmegon-Welcome, Resantin, I. S. M. Ha fissato la dose diagnostica tra 10 e i 40 milioni di germi introdotti in una o due volte a seconda dei casi: il giudizio critico era basato sulla reazione generale e di focolaio. Oltre che nei pazienti considerati ha esteso le indagini a numerosi controlli costituiti da individui senza nessuna affezione gonococcica. Conclude che dal lato diagnostico l'iniezione endovenosa di vaccino è certamente utile ed importante nei suoi risultati specialmente nei riguardi delle affezioni ginecologiche dell'apparato genitale femminile, e come possibile criterio di guarigione di individui che furono già affetti da forme gonococciche. L'intervento terapeutico condotto con lo stesso metodo ha dato in 178 ammalati risultati degni di nota e senza dubbio superiori a quelli che si sarebbero ottenuti se si fosse agito per via parenterale. Ha mancato nell'uretrite acuta totale, nella prostatite ha dato esiti incerti, mentre nelle complicanze a carico dell'epididimo, testicolo, funicolo, articolazioni, tendini e guaine si è mostrato molto efficace. Nella bartolinite e cervicite i risultati furono scarsi, nell'endometrite ha influenzato favorevolmente e condotto a miglioramenti notevoli, nelle affezioni infiammatorie acute degli annessi non purulente ha pure corrisposto in ogni caso ottimamente. Il dosaggio di regola fu così seguito: 10, 50, 70, 100, 250, 500, 750 milioni, un miliardo di germi, naturalmente variando secondo i fatti reattivi. Non si sono avuti che rari inconvenienti gravi dalla fase negativa (2 %) che in genere è passata quasi inosservata. L'O., riguardo al meccanismo dell'azione da riferirsi alla via endovenosa, per ricerche praticate crede che si possa escludere lo choc colloidoclasico e piuttosto pensare ad azioni d'indole immunitaria istiogeno umorale.

Tra i preparati più attivi indica Arthigon, Gonovaccin, e Gonargin.

VILLA LUIGI. — *Sull'esame polarimetrico dei liquor normale e patologici.*

PERIN A. e RICCI F. — *Secondo caso di Lictheimiasi polmonare.*

F. RICCI.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta 28 novembre 1924.

Presidenza: Prof. D. BARDUZZI, presidente.

Su di un caso di oftalmia metastatica consecutiva a patereccio.

ALIQUÒ MAZZEI. — L'oftalmia metastatica o panoftalmite metastatica è prodotta dalla migrazione in una data parte dell'occhio di un'infezione proveniente da un focolaio situato a distanza nell'organismo e dalla diffusione del processo settico a tutto il globo con conseguente perdita permanente della funzione visiva ed il più spesso anche dell'organo stesso.

Teoricamente basandosi sul punto in cui il processo infettivo si è iniziato si può distinguere una coroidite, una retinite, una iridociclite metastatica, ma nella pratica ciò non è possibile. Sappiamo infatti che la metastasi può iniziare egualmente dalla retina o dalla coroide, come ritiene la massima parte degli AA., poichè ciascuna di queste membrane possiede un sistema vascolare proprio ed indipendente e che l'infezione passa da una membrana all'altra.

L'agente batterico più frequente è lo streptococco, seguono lo stafilococco, il pneumococco, il meningococco e raramente il bacterium coli, il bacillo di Pfeiffer, il gonococco ed altri microrganismi.

La via di trasmissione ammessa dalla maggior parte degli AA. è quella sanguigna.

Questa speciale complicanza oculare di processi settici svolgentisi nell'organismo si può presentare in infezioni puerperali, in malattie generali infettive, in infezioni chirurgiche. Per lo più è unilaterale ed ha sempre prognosi riservata *quoad vitam.*

I casi di oftalmia metastatica pubblicati fino ad oggi sono 394. Ha ritenuto però degno di nota il caso da lui osservato nella Casa di Cura del prof. Duranti in Bari per la rarità colla quale la suddetta complicanza oculare si presenta nel patereccio.

Le comunicazioni al riguardo nella letteratura sono soltanto 5.

Dall'esame batteriologico è risultato che l'agente etiologico nel caso dall'O. descritto era lo *stafilococco piogene aureo.* La paziente è morta per setticemia. Degno di rilievo è il fatto che l'affezione oculare rappresentava l'unica metastasi clinicamente rilevabile. Non si potè fare l'esame necroscopico.

ALIQUÒ MAZZEI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 28 novembre 1924.

Presidente: Prof. A. CEVIDALLI.

Sulla fibrillazione che accompagna l'atrofia del muscolo in vario modo immobilizzato e tentativi per prevenirla.

N. BOSMIN. — In seguito agli studi del Langley, il quale dimostrò come il muscolo denervato e in via di consecutiva atrofizzazione, diventi sede di una fibrillazione, che, insorgendo generalmente dopo pochi giorni dal taglio del nervo, perdura fino a tanto che il muscolo non sia completamente strofico, l'O. ha istituito una serie di ricerche mediante le quali ha potuto stabilire che eguali fenomeni si verificano anche col semplice taglio del tendine e in tutti i casi nei quali avvenga in vario modo la immobilizzazione del muscolo.

Con successivi esperimenti, l'O. ha tentato di arrestare e prevenire questa fibrillazione. A tale scopo ha impiegato diversi farmaci; quali i preparati dei sali di Calcio, Potassio e Magnesio arrivando a soddisfacenti risultati con le iniezioni in sito di soluzioni di fosfato tricalcico, ottenuto per precipitazione. Tale preparato avrebbe il vantaggio sugli altri troppo solubili e di rapido assorbimento, di mantenere a lungo la sua azione inibitrice senza recare danno alcuno.

Tubercolosi muscolare ematogena e trichinosi.

Prof. G. CAGNETTO. — Accenna alla grande penuria dei reperti di tubercolosi ematogena genuina nei muscoli dell'uomo e degli animali di laboratorio in corso di tubercolosi miliare. Alcuni dei casi segnalati nella letteratura vanno accettati con riserbo, per la deficienza dei criteri di accertamento. È convinzione generale che il tessuto muscolare non si presti alla colonizzazione del virus tubercolare. Si tratta certamente di una incompatibilità biochimica. L'O. ha potuto dimostrare che essa cessa non appena il substrato muscolare si modifichi per l'intervento di un parassita animale, come la trichina. Se la tubercolosi miliare indotta nel coniglio mediante l'iniezione di virus bovino od umano è combinata a trichinosi, l'eruzione specifica colpisce anche i muscoli con una costanza che è indice di questa specie di transitoria simbiosi tra il nematode ed il bacillo di Koch. Il tubercolo si accolla alla trichina e questa finisce in breve tempo con l'essere invasa dal granuloma e distrutta. Non si tratta di una attrazione del virus da semplice flogosi reattiva del muscolo prodotta dal verme come corpo estraneo, giacchè mai riuscì all'O. di provocare la tubercolosi muscolare ematogena affondando nei muscoli, asetticamente, i più svariati corpi inerti

Alcuni casi di tubercolosi polmonare curati con la frenicotomia.

L. BOTTACIN. — Premesse le indicazioni sulla frenicotomia, l'O. espone tre casi di malati sottoposti alla frenicotomia, del reparto tubercolosi e operati nella Clinica Chirurgica.

Di essi due casi furono di frenicotomia semplice ed uno associato a pneumotorace terapeutico incompleto per aderenze alla pleura diaframmatica che impedivano il colasso di una vasta caverna del lobo inferiore. Due casi ebbero esito felice, uno dei primi, gravissimo, fu seguito da morte. In tutti tre i casi non fu notato alcun disturbo e nessuno aggravamento della malattia per effetto della operazione.

Caso di encefalite letargica a manifestazioni insolite.

G. B. BELLONI. — Un ragazzo di 15 anni, ricoverato nella Clinica delle malattie Nervose e Mentali, presentò, nel corso di una forma acuta di encefalite, tipici accessi di epilessia Jaksoniana iniziatisi nel campo del facciale di sinistra. Tali accessi, che avevano segnato l'inizio della malattia, si protrassero per oltre tre mesi prima del ricovero del paziente, e nei primi giorni della degenza, durante i quali aumentarono di frequenza fino a divenire subentranti.

Iniziata una cura di Neosalvarsan a piccole dosi ripetute ogni quattro giorni, gli accessi epilettiformi si diradarono rapidamente fino alla completa scomparsa, e, dopo un breve periodo di sonnolenza caratteristica, il paziente si potè dimettere completamente guarito.

L'O. segnala l'importanza pratica della osservazione, che dimostra come l'accesso epilettico a tipo Jaksoniano possa far parte del quadro clinico della encefalite letargica.

Ricordato inoltre che la madre del paziente era da un anno affetta da postumi parkinsoniani di encefalite, dichiara di dividere le idee recentemente espresse da Guillain sulla contagiosità della encefalite anche allo stadio dei così detti postumi, e consiglia, quando non sia possibile l'isolamento dei malati, la cura con gli Arsenobenzoli a scopo profilattico.

I.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il valore clinico e diagnostico delle emorragie occulte, gastriche.

In una serie di ricerche durate 4 anni V. N. Ivanow (KRATCHEBMOIÉ DÉLO, in *Presse Médicale*, 1924, n. 24) ha esaminato 289 malati: 62 cancri dello stomaco — 60 ulceri — 31 achilie — 48 ipocloridrie — 12 ipercloridrie, ecc., concludendo che nessuno dei processi attuali di ricerca del sangue nelle feci è perfetto. La reazione che fornisce risultati soddisfacenti è ancora quella di Weber modificata. Le reazioni alla benzidina sono troppo sensibili e possono esser positive anche in soggetti sani ed in ispecie in feci con uova di ascaridi o di tricocefali: il loro risultato negativo ha viceversa un grande valore.

La ricerca del sangue nel contenuto gastrico è privo di qualsiasi valore: la presenza di sangue nelle feci, ripetute volte sta contro ogni disturbo funzionale. Le emorragie intermittenti parlano in favore dell'ulcus, le gastrorragie costanti e ribelli, in favore del cancro. L'A. dà gran valore alle gastrorragie occulte, permanenti come segno di cancro gastrico di cui sono spesso la prima manifestazione obiettiva. All'infuori delle affezioni gastriche, la presenza di sangue nelle feci può anche osservarsi in altre malattie (ittero — affezioni del pancreas — emorroidi, ecc.) di diagnosi facile. MONTELEONE.

La diagnosi precoce del carcinoma gastrico.

La maggior parte dei casi di carcinoma gastrico giungono all'osservazione del medico in uno stadio avanzato della malattia, mentre invece la diagnosi precoce sarebbe quant'altra mai necessaria.

E. Schütz (*Wien. Klin. Woch.*, n. 32, 1924) riferisce un caso in cui gli fu possibile porre tale diagnosi appena tre mesi dall'inizio dei disturbi gastrici. I sintomi obbiettivi che gli fecero sorgere il sospetto che si trattasse di cancro furono rappresentati dall'anacidità del succo, e dalla presenza in esso di abbondante flora batterica, in forma di corti bastoncini. La radioscopia confermò la diagnosi di ulcera dello stomaco con stenosi pilorica, facendo rilevare una diminuzione del tono, e un difetto di riempimento della porzione pilorica e del bulbo.

All'operazione si trovò uno stomaco notevolmente dilatato, con presenza al piloro di un tumore di natura carcinomatosa, senza alcun fatto di infiltrazione nè di metastasi.

Poichè l'anacidità per se stessa non è patognomonica del cancro, potendosi riscontrare anche in caso di ulcera, l'A. fa risaltare l'importanza che tale fatto assume, allorquando ad esso va unito il reperto di flora batterica abbondante, indice di stasi gastrica di grado notevole.

M. FABERI.

L'ispezione interna dello stomaco e del duodeno, per l'ulcera gastrica e duodenale, non accompagnate da alterazioni esterne.

Il metodo proposto dal Beck (*Zentr. f. Chir.*, 1924, 1497) dovrebbe ovviare all'inconveniente di lasciarsi sfuggire il riconoscimento di ulcere sopradette non ostante l'esame palpatorio esterno e anche l'esplorazione digitale o l'ispezione diretta interna dello stomaco previa gastrotomia. Non è che un perfezionamento della gastroduodenoscopia preconizzato da Rowsing, e come tale consiste nell'uso di uno strumento sul tipo del cistoscopio, ma con una curva speciale e con la applicazione di due vie che servono rispettivamente a insufflare aria e ad aspirare, sotto il controllo della vista, il resuco che eventualmente nasconda la superficie da esaminare. La parte maneggevole dell'istrumento è sterilizzabile, e viene introdotta nello stomaco attraverso un occhiello aperto nel terzo inferiore della parete anteriore, dentro una sutura a borsa da Selano che si stringe attorno allo strumento stesso. Attraverso l'anello splenico, può essere spinto poi anche nel duodeno.

L'applicazione è, quindi, semplice. Il pericolo per il malato è rarissimo: e l'indicazione è data tutte le volte che un'ulcera diagnosticata clinicamente e radiologicamente, non venga riconosciuta all'esame esterno dello stomaco. B.

CASISTICA E TERAPIA.

Le scosse morali depressive.

Osserva acutamente R. Bing (*Les maladies nerveuses*, rif. in *Journal des praticiens*, 9 agosto 1924) che le cose semplici sono proprio quelle a cui si pensa meno. Sulla colloidoclasia si sono fatti numerosissimi lavori, mentre sulla scossa morale, che è anch'essa un vero shock, e che è conosciuta fin dalla più remota antichità, sono ben scarse le ricerche di laboratorio. Eppure le scosse emotive danno luogo a disturbi disparati nelle funzioni dell'organismo. Si ammette che esse sovraffatichino i surreni; si devono inoltre aggiungere le reazioni eccitatrici ed inibitrici con accelerazione o rallentamento del cuore, disturbi della secrezione gastrica, dilatazione o restringimento

dei vasi periferici, esagerazione della secrezione sudorale, salivare, lacrimale, contrazioni intestinali con coliche. Ogni emozione è, di fatto, la conseguenza di una scossa affettiva, che comporta la liberazione di energia nervosa, che si traduce con agitazione motrice (esuberanza della gioia) o nelle modificazioni dei diversi apparecchi organici.

I disturbi non si hanno subito dopo la scossa, ma talora anche qualche settimana dopo, senza che si trovi una ragione per questo ritardo. Il quadro morboso varia a seconda dei soggetti; nell'uno predominano i disturbi cardiaci, nell'altro le digestioni difficili, in un terzo l'astenia generale. L'individuo piano piano guarisce, oppure la scossa è stata il colpo di mazza che lo abbatte per sempre.

Vi sono *insufficienze funzionali totali*, che si manifestano col quadro della neurastenia la quale, invece di un processo tossico od infettivo, riconosce come causa il traumatismo morale. È però importante saper trovare la causa della sindrome, perchè solo a tale condizione il trattamento può essere efficace.

Tra le *insufficienze funzionali parziali*, vi sono quelle:

a) Nervose, che si traducono con smemoratezza, cefalea, insonnia, incubi. Come pillole sedative, si consigliano le seguenti: Estratto di canapa indiana, cg. 45; acido arsenioso, cg. 6; solfato di chinino, g. 1; estratto e polvere di valeriana q. b. per 30 pillole; da prenderne una alla sera. Bisognerà evitare che il malato cada nell'abuso dei medicamenti e si concederà tutt'al più qualcuna delle specialità calmanti ogni 4-5 sere. Contro le vertigini, è utile la tintura di noce vomica, da darsi a gocce, prima dei pasti. Contro le parestesie, artralgie, mialgie, pruriti, giova l'idroterapia tiepida.

b) Cardiache. Il malato accusa delle pulsazioni precipitate, delle intermittenze; il cuore è tanto debole che non può battere durante il sonno, donde il risveglio angoscioso al momento in cui le palpebre si chiudono; oppure si ha un falso polso lento, per extrasistoli, ovvero dei dolori precordiali, la dispnea da sforzo, le sensazioni brusche di calore. Contro questi disturbi, non si darà nè digitale, nè strofanto, ma la sparteina (solfato di sparteina cg. 2; bromidrato di chinino cg. 1; estr. di valeriana q. b. per una pillola; da prenderne una prima dei pasti) oppure la tintura di *crataegus* (X-XV gocce prima dei pasti).

c) Gastriche, con appetito variabile e dispepsia cloridrica. Giovano molto le polveri di magnesia e bismuto: in caso di costipazione, i semi di lino (un cucchiaio ai pasti) ed i piccoli clisteri di olio di oliva (100 cmc. la sera, da tenere durante la notte).

d) Secretorie. Contro la traspirazione profusa, sono utili i bagni freschi (32°-28°) di tre minuti di durata, da farsi ogni mattina. Se vi sono sintomi di colite muco-membranosa, si darà l'estratto di belladonna (un cg. ai pasti); i risultati però sono precari, fino a che la mentalità non avrà ripreso il suo equilibrio.

In tutte queste forme, deve intervenire la terapia emotiva, sia sotto forma dell'autorità del medico, sia come terapie bizzarre (omeopatia, idroterapie strane), sia infine nel senso di un'altra emozione violenta, che scacci gli effetti della prima. Il medico deve per il primo avere la fiducia nella cura, per saper trasmetterla al malato, solo a questo patto, si potrà allora ottenere il miracolo curativo. *fil.*

La vertigine.

H. Curschmann (*Münchner Med. Wochenschr*, n. 36, 1924), osserva che la sindrome più nota e più caratteristica in cui compare la vertigine è la malattia di Menière. Essa consiste nella comparsa accessuale di vertigine, talvolta tanto intensa da far cadere a terra, disturbi uditivi, nausea, pallore, sudore freddo, spesso vomito. Variano nei singoli casi la durata e la frequenza degli accessi. Le cause di tale sindrome di vertigine vestibolare sono diverse: malattie dell'orecchio, traumi della rocca, neurite di nervi cranici (specialmente luetica) più raramente malattie del sangue, gotta, diabete, meningite, encefalite. Una delle cause più frequenti della vertigine vestibolare è l'arteriosclerosi; essa determina accessi rari separati da lunghi intervalli, gli ammalati tendono però alla vertigine anche nei periodi interaccessuali, specialmente se eseguono bruschi cambiamenti nella posizione del capo. In alcuni casi questi accessi di vertigine sono i precursori di apoplessia. Questa vertigine degli arteriosclerotici avviene per meccanismo angioneurotico. Altre cause che determinano la vertigine per processi angioneurotici sono la nevrastenia, l'isteria, e tutte le altre forme di neurosi. Anche la vertigine delle grandi altezze è in gran parte determinata da fattori angioneurotici, esiste però in questi casi una alterazione dell'eccitabilità vestibolare: gli individui che soffrono di vertigine da altezza soffrono di solito di vertigine anche se si trovano in treno, sull'altalena, in mare, ecc. In altri casi la vertigine è funzionale, oppure organica. Essa può venir determinata da stati autotossici (nefrite, diabete, epatite, Basedow, ecc.), da stati infettivi (tifo) o da fattori tossici, (alcool, caffeina, nicotina, ecc.). Vertigine accompagna i tumori del cervelletto e

di alcune zone del cervello, l'epilessia, la sclerosi multipla, le paralisi dei muscoli oculari.

Un'altra forma di vertigine è quella riflessa in seguito a stimoli che partono dallo stomaco o dall'intestino. La prognosi della vertigine è in rapporto alla causa che la determina: infausta nell'arteriosclerosi e nei tumori cerebrali, è piuttosto buona nella sindrome di Menière. La terapia varia a seconda della causa etiologica; nella sindrome di Menière si ottengono spesso buoni risultati col chinino. POLL

Il significato del dolore lombosacrale.

G. Martyn (*Journal of Am. Med. Ass.*, 25 ottobre 1924) riporta le sue conclusioni sul dolore lombosacrale basandosi su 153 casi personali con dolore cronico, curati in questi ultimi 2 anni.

Ricorda i sintomi caratteristici che seguono a lesioni delle varie aree del sistema nervoso (nervo periferico, plesso, funicolo, radice) e insiste sulla rarità della radicolite e sulla frequenza della funicolite.

In ogni paziente vennero fatti i seguenti esami: *a*) Wassermann nel sangue; *b*) esame completo delle urine; *c*) formola ematologica; *d*) in molti casi esame delle feci e cultura; *e*) esame completo del naso, gola e seni con radiografie di questi ultimi; *f*) radiografia di tutti i denti, e nella loro totale assenza radiografia del mascellare superiore e inferiore; *g*) cultura del granuloma apicale, o del dente estratto.

La classificazione della causa del dolore in questi 153 casi ha dimostrato che mentre soltanto 26 erano dovuti a cause diverse (traumi, sifilide (tabe iniziale) e colecistite), tutti gli altri, nella grande maggioranza donne, erano dovuti a infezione focale. Otto pazienti avevano affezione delle tonsille e guarirono con l'asportazione di queste; gli altri avevano lesioni dei denti. La maggior parte ascessi periapicali, e soltanto pochi avevano molari non completamente sviluppati o denti morti.

Lo *streptococco viridans* è stato il germe trovato prevalentemente, sì che esso va considerato come l'agente principale del dolore lombo-sacrale.

Secondo il carattere e la distribuzione del dolore si possono distinguere tre tipi ben definiti di dolore lombo-sacrale:

1) Dolore sacroiliaco con irradiazioni lungo la faccia posteriore della gamba fino al calcagno. Rigidità della colonna vertebrale, dolore più intenso la notte e parossistico;

2) Dolore fisso senza irradiazioni, per lo più unilaterale risvegliato soltanto da pressione profonda sul plesso lombare;

3) Coccigodinia: dolore localizzato al coccige che aumenta nel mettersi a sedere o nell'alzarsi in piedi.

Per la diagnosi è necessario localizzare bene il dolore e studiarne i caratteri, ricordando che spesso il p. non accusa dolore o tumefazione attorno al dente malato, mentre nelle donne un sintomo quasi costante è la mestruazione dolorosa e più abbondante del consueto.

Data la sua costanza, ogni leucopenia con linfocitosi maggiore del 30 % è di grande valore per la diagnosi etiologica del dolore lombo-sacrale.

La cura consiste nel rimuovere la causa: con l'asportazione dei denti malati, l'A. ha ottenuto la completa guarigione in quasi tutti i pazienti. Come procedimento palliativo l'A. usa l'irradiazione con un tubo di quarzo a mercurio.

D. MARGOTTINI.

Dolore addominale da neurite sottocostale.

M. Clinton (*Journal A. M. A.*, 12 luglio 1924) rileva che la neurite intercostale traumatica a carico dell'XI e XII paio non è rara, specie per ripetuta compressione contro la cresta dell'ileo, favorita in alcuni individui da speciali disposizioni anatomiche, come l'abnorme lunghezza delle coste fluttuanti. Ha sede per lo più a destra.

Il dolore, trafittivo, può esser riferito ai visceri, ma il loro esame è negativo, salvo un ritardato vuotamento del cieco e dell'appendice all'esame radiologico.

L'appendicectomia, spesso eseguita, dà sollievo mentre l'infermo rimane a letto, ma poi il dolore ricompare. Se ne riconosce la causa provocando un intenso dolore localizzato col premere sotto la XI e XII costa, o facendo sedere il malato e facendolo inclinare lateralmente. L'intervento razionale è l'asportazione dell'estremità delle costole per circa 3 cm. insieme con un tratto del nervo dolente. DORIA.

La meningite asettica della rachicentesi.

I sintomi principali di questa forma sono: rachialgia, cefalea, contratture che si iniziano con rigidità della nuca, febbre assai incostante. Questa meningite incomincia l'indomani della puntura lombare, dura 2-5 giorni e termina per guarigione spontanea; le contratture sono le prime a scomparire.

B. Saad (*Presse médicale*, 13 agosto 1924) ha dimostrato che la sindrome in questione è dovuta, oltre che alla sottrazione del liquido, al pertugio lasciato dall'ago, che si chiude solo in 30 ore. L'A. ammette per la patogenesi, la teoria della irritazione cortico-meningea, per disturbi idraulici. In seguito alla puntura ed allo scolo prolungato per il pertugio non obliterato, si produce un'ipotensione che provoca un afflusso di sangue e di linfa nei vasi della pia madre e cerebrali; tale congestione è tanto più irritante se l'afflusso porta anche delle tossine organiche o microbiche. La

reazione meningea manca se il pertugio si oblitera rapidamente o se la secrezione dei plessi coroidei e dei vasi della pia madre ripara presto le perdite, ristabilendo l'equilibrio.

Dal punto di vista terapeutico, è consigliabile di tenere a letto i malati, prima della puntura lombare, per 24 ore; di fare la puntura solo in decubito laterale, facendo poi tenere il decubito orizzontale per 48 ore. Non prelevare che 4-8 cmc. di liquido e senza aspirazione, usando un ago fino per ridurre al minimo la ferita meningea.

Dal punto di vista terapeutico, si è raccomandato di fare copiose iniezioni di soluzione fisiologica per impedire gli accidenti da decompressione. Talora la medicazione sedativa (oppio, bromuri, antipirina) reca un miglioramento dei sintomi. *fil.*

Azione curativa del lipiodol per via epidurale sacro-coccigea.

Se ne occupano Sicard e Coste (*Bull. et Mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, numero 8, 1921).

Il *lipiodol* è iniettato in posizione genu-pettorale. Data la densità dell'olio è necessario un ago il cui calibro oscilli da 9 a 10 mm., ma lungo solamente 4 cm. L'olio è opportuno riscaldarlo a circa 30 gradi; se ne iniettano da 5 a 10 cmc.

Fatta l'iniezione il paziente dalla posizione genu-pettorale passa in quella di Trendelemburg. Questa posizione si manterrà per circa 4-6 ore; dopo di ciò il lipiodol si è fissato nello spazio epidurale ed aderisce solidamente al grasso epidurale.

La diffusione del lipiodol dalla regione sacrale ai segmenti dorsali e lombari è tanto più importante quanto più l'olio è stato riscaldato e portato in certi casi a 37° e quanto più il paziente è stato in posizione declive. È così che il lipiodol, in alcuni soggetti, con canale sacrale ben calibrato, può raggiungere i segmenti dorsali ed anche superiori.

L'olio iodato si elimina molto lentamente; e due anni dopo, per una sola iniezione di 5 cmc., le particelle di olio, quantunque ridotte, erano ancora visibili all'esame radiografico.

Quanto ai risultati terapeutici, si è verificato un rapido miglioramento nelle *sciatiche*, di origine reumatica, dopo una o due iniezioni, nella proporzione del 7 per 10.

Identico risultato si è avuto nelle *coccidinie essenziali*.

Sette casi di incontinenza d'urina furono sottoposti a tale trattamento.

Non si trattava di bambini, ma in 5 casi di adolescenti dai 15 ai 20 anni, e in due di adulti dai 20 ai 30.

Si trattava in tutti di *forme essenziali*. In tre casi si ebbe insuccesso.

In queste affezioni occorre iniettare, in una sola volta, 10 cmc. di lipiodol e di mantenere il paziente in posizione declive per almeno 3-4 ore.

Si può ripetere l'iniezione, con lo stesso dosaggio, nelle settimane seguenti.

In un caso furono necessarie 5 iniezioni per la guarigione.

È probabile che il lipiodol agisca allungando le radici nervose al di fuori della dura madre, poichè nelle radiografie si vedono nettamente le traccie di olio iodato che passano attraverso i forami di coniugazione.

Queste iniezioni non presentano alcun pericolo, se si eccettua una viva dolenzia breve, che si manifesta la sera dell'iniezione per scomparire il giorno dopo, senza fenomeni morbosi secondari.

T. LAURENTI.

La roentgenterapia delle neuralgie.

H. H. Matoni (*Medizinische Klinik*, 29 giugno 1924) osserva che l'azione rapida e potente dei raggi X sulle neuralgie è spesso mal conosciuta. Essa, invece, è particolarmente netta nella più atroce e nella più tenace delle neuralgie, quella del trigemino, sia essa primitiva o secondaria. È però essenziale iniziare il trattamento prima di tentare le iniezioni di alcool, poichè i raggi sono meno efficaci dopo l'alcoolizzazione.

La tecnica dell'A. è semplice. Egli utilizza dei raggi penetranti, applicando il 70 % della dose di eritema sulla regione del ganglio di Gasser. Ripartisce l'irradiazione in tre campi; temporale (8/10 cm.), frontale (6/8 cm.) e maxillo-facciale (6/8 cm.). Talora è necessario utilizzare anche un altro campo nella regione fronto-parietale nell'uomo e nella regione temporale del lato opposto nella donna (per evitare la depilazione).

Le forme leggere guariscono in qualche ora in modo definitivo; quelle severe ed inveterate migliorano, ma in modo passeggero ed esigono una seconda irradiazione, da praticarsi dopo 4-6 settimane. Nel frattempo è bene applicare la diatermia.

Buoni risultati si ottengono anche nella sciatica, purchè essa non sia sintomatica e si tratti di forme croniche, che hanno resistito ai trattamenti abituali. L'A. utilizza due campi di irradiazione, in corrispondenza dell'articolazione sacro-iliaca (13/18 cm.), l'altro tronculare, sulla regione glutea, lungo il tragitto del nervo. Le dosi corrispondono a quelle usate per il trigemino. Il successo è di solito completo 2-3 giorni dopo l'irradiazione.

Effetti analoghi si ottengono nelle neuralgie brachiali ed occipitali. Il meccanismo rimane per ora ignoto. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Le relazioni linfatiche fra la appendice e la regione duodeno-pancreatica.

Berceau (*Revue de Chir.*, n. 5, 1924) ha studiato nell'Istituto del Gerota, con la miscela di questo, le vie linfatiche dell'appendice su 51 cadaveri di bambini.

Egli ha potuto osservare che i linfatici dell'appendice seguono i vasi mesenterici e dietro il corpo del pancreas si gettano nei tronchi linfatici colici destri.

Lungo questo tragitto possono immettere direttamente in tre gruppi ghiandolari.

In un *gruppo inferiore, ileo-cecale*, situato fra le pagine della base del mesoappendice, con una frequenza di 30 volte su 51.

In un *gruppo medio, mesenterico*, situato lungo i vasi mesenterici fino al margine inferiore della terza porzione del duodeno, con una frequenza di 18 volte su 51.

In un *gruppo superiore, duodeno-pancreatico*, situato sulla faccia anteriore della terza porzione del duodeno e della testa del pancreas senza alcun rapporto col coledoco, con una frequenza di 3 volte su 51 e recentemente ne ha trovato un quarto caso.

Mai ha osservato sbocco diretto nei gangli del cistico o del coledoco.

Di recente, nel gennaio 1924, nel *Brit. Journ. of Surgery* a p. 41 il Braithwaite sulla base di ricerche anatomiche, cliniche ed anatomo-patologiche ha avanzato l'ipotesi che certe ulcere duodenali e gastriche e certe colecistiti calcolose possono essere d'origine appendicolare, perchè i vasi linfatici dell'appendice possono seguire due vie che secondo l'A. sono:

Una *normale*, profonda, la quale, seguendo i vasi mesenterici mediante un gruppo di gangli ileocecali e un secondo mesenterico superiore, incrocia la faccia anteriore della terza porzione del duodeno e va a sboccare nei gangli lombari.

E una via *anormale* che conduce ai gangli duodeno-gastrici.

Secondo questi suoi studi il Berceau osserva, che anche quest'ultima via è normale e che lungo essa almeno 3 volte su 51 casi i linfatici appendicolari sboccano direttamente nei gangli duodeno pancreatici.

S. GUSSIO.

Ricerche sull'urobilinuria.

La risoluzione del problema della *urobilinuria fisiologica* è ancora controversa. Alcuni Autori ammettono che l'urina dell'adulto contiene normalmente piccole quantità di urobilina e di urobilinogeno, mentre altri sostengono che tale fatto è molto dubbio. Ma i primi non si sono curati di determinare la fluttuazione di questa urobilinuria, nè di approfondirne la genesi.

E. B. Salen (*Acta Medica Scandinavica*, n. 45, 1924) è tornato sull'argomento impiegando la tecnica di Schlesinger all'acetato di zinco, trasformando innanzi tutto l'urobilogeno in urobilina con l'aggiunta di tintura di iodio. La fluorescenza è stata ricercata abitualmente a una forte illuminazione (lampada ad arco) in camera oscura. Inoltre l'A. ha determinato il tasso della diluizione facendo scomparire ogni fluorescenza. La urina proveniva da tre individui giovani, sani, sottoposti a una alimentazione mista, senza alcool. In queste condizioni, con l'urina totale delle 24 ore si ottiene, anche leggendo la reazione alla luce del giorno, una fluorescenza debole, ma netta. La valutazione della sua intensità, col metodo delle diluizioni, dà cifre raramente di 20, ed eccezionalmente superiori, fino a 60: dunque una reazione di Schlesinger abbastanza forte con le urine delle 24 ore non prova che si tratta di una urobilinuria patologica. L'esame fatto su campioni di urina prelevati in vari momenti mostra che il tasso dell'urobilina escreta varia, ed è in rapporto con i pasti. Si produce un forte e rapido aumento poche ore dopo i pasti, e una diminuzione pure rapida, fino al punto che la urobilina non è svelabile con la reazione di Schlesinger, parecchie ore dopo. Questa constatazione spiega le divergenze degli Autori sulla presenza dell'urobilinuria. Dal punto di vista clinico è consigliabile esaminare l'urina secreta 5-6 ore almeno dopo l'ultimo pasto: in queste condizioni una fluorescenza positiva debole deve essere considerata patologica. Esistono, tuttavia, degli aumenti di urobilina a carattere più accidentale, legati alle mestruazioni, alla gravidanza, o del tutto inesplicabili.

Questa urobilinuria fisiologica costituisce una grave obbiezione alla teoria enterogena dell'urobilina, ed alla teoria istogena, difesa da Brulé e Garban. È difficile, d'altro canto, proporre una spiegazione plausibile delle variazioni osservate nel corso delle 24 ore.

A. PICCINELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Determinazione dello zucchero nel sangue col metodo di Benedict. — Al dott. C. T. da B.. abbonato 3666):

Per quanto riguarda l'esecuzione del metodo descritto a pag. 233 del *Policlinico*, S. P., 1924, si osserva che la soluzione del reattivo va raffreddata, poichè l'aggiunta della soda caustica riscalda la miscela, che poi, trattandosi di solu-

zione titolata, va riportata a 15°. La reazione, si manifesta con un cambiamento di colore. La descrizione originale è stata pubblicata in *Journal of biological chem.*, 1918. Trattandosi di titolazione colorimetrica, è necessario prepararsi dei tubi allestiti nello stesso modo che per la prova, con quantità crescenti di glucosio, corrispondenti a quelle che possono trovarsi nel sangue. In uno studio recente Sweany e Johson (*Journ. of laboratory and clinical medicine*, maggio 1923) hanno dimostrato che il metodo di Benedict, come quello di Myers e Bailey, fondato sullo stesso principio, possono dare qualche errore in condizioni patologiche. *fil.*

Preparazione degli autovaccini alla Wright. — Al dott. U. D., abb. 10363:

Il materiale si semina sopra tre tubi di agar in serie, che si tengono a 37° per 24 ore. Il conteggio dei germi si fa usando l'ansa normale, fatta con filo di platino da 6/10 di mm., del diametro interno di 2 mm.; essa preleva 2 mmc. di materiale. La si immerge nell'acqua di condensazione dell'agar, si impasta la patina e si fa il prelevamento. Si hanno così 2 miliardi di cocchi od 1 miliardo di bacilli. A 10 cmc. di soluzione fisiologica sterile con 0,5 % di acido fenico, si aggiungono tante ansate, da ottenere la concentrazione di un miliardo per cmc.; si agita accuratamente e si fanno le diluizioni da 10 a 500 milioni, fino a 2-6 miliardi, mettendole poi in fiale, che si tengono a 37° per qualche ora. Se ne controlla la sterilità, seminandone qualcuna in brodo. *fil.*

VARIA.

Dei buoni e dei cattivi malati.

Molto si è scritto e molto s'insegna perchè i medici imparino il contegno da tenere di fronte al malato. Sarebbe opportuno che anche gli infermi sapessero come comportarsi in confronto dei medici. Nessuno ha mai pensato ad impartire un insegnamento del genere, perchè in effetti quella del malato non è una professione.

Spetta al medico sopperire a tali deficienze educative. Egli stesso si deve fare una speciale educazione, acquistare quel particolare intuito psicologico che gli consenta di apprezzare il temperamento di ciascuno infermo, comprenderlo attraverso le sue deficienze, le sue esuberanze e le sue reticenze.

Il contributo che l'infermo può e deve dare al medico è essenziale perchè egli giunga alla esatta diagnosi, perchè il trattamento terapeutico abbia gli effetti desiderati. Eppure spesso questo contributo è insufficiente o addirittura negativo, è atto più a disorientare che ad aiutare il travaglio intellettivo del medico.

È ben noto come le acquisizioni teoriche non hanno per l'esercizio professionale un valore assoluto, forse ne hanno soltanto uno preparatorio: il buon medico si perfeziona, si fa con la pratica. La scienza è insufficiente a dare una compiuta preparazione del medico: oltre il bagaglio di cognizioni attualmente abbastanza pesante, occorre a colui che si dedica alla difficile arte salutare un complesso di attitudini speciali che si acquistano e si perfezionano solo con la lunga esperienza.

Il rilievo dei dati anamnestici e dei sintomi, il modo di ragionare per assurgere dagli elementi analitici alla sintesi diagnostica ed alla conseguente indicazione terapeutica è fatto in gran parte di educazione e di esercizio.

Educazione non soltanto dei sensi e dei ragionamento, ma anche psicologica perchè l'apporto che gli infermi dànno al medico nell'esposizione dell'anamnesi familiare ed individuale, nella descrizione dei loro disturbi, o nel modo di prestarsi all'esame ed alle prescrizioni varia da malato a malato, essendo influenzato dal temperamento individuale.

Si è detto che la pediatria è tra le specialità mediche più difficili perchè all'esame manca il contributo soggettivo dei pazienti: i piccoli infermi non possono accusare verbalmente le proprie sofferenze. L'affermazione è solo in parte vera, poichè le asserzioni degli adulti non hanno sempre il merito dell'attendibilità ed ancor meno quello della chiarezza e della precisione, e spesso deviano invece di indirizzare il medico sulla via giusta.

Vi son di quelli che parlano troppo e di quelli che parlano troppo poco, i loquaci ed i silenziosi.

I primi si diffondono in particolari inutili non facendo risaltare i fatti veramente essenziali, si dilungano, divagano, si ripetono, e non permettono al medico di regolare l'interrogatorio. Sono molto minuziosi, s'indugiano ad enumerare tutte le loro sofferenze, tutt'i piccoli fatti della loro storia fisio-patologica, talvolta anche con riferimenti ai loro interessi economici, con un'abbondanza di particolari inutile quanto esasperante. Il richiamo alla brevità, l'invito a limitarsi a rispondere soltanto alle interrogazioni del medico non ha alcun effetto: sono implacabili.

Gli altri, i silenziosi, appaiono riservati, annoiati, e parlano, spesso in modo vago, solo se interrogati.

Questi tipi, e non son pochi, finiscono per imbarazzare egualmente il medico per eccesso o per difetto.

La cultura dei soggetti non vale sempre a modificare questi inconvenienti: talvolta anzi li aggrava, in quanto i malati pretendono di sapere quali sono i fatti che possono interessare il medico, tacciono quelli che a loro giudizio sono insignificanti, mettono in eccessivo rilievo gli altri.

Il medico accorto deve subito riconoscere i difetti psicologici tendenti all'esagerazione o alla reticenza.

Ogni buon medico sa che ai fini diagnostici occorre non solo la conoscenza dei disturbi e dei sintomi attuali, ma anche la loro storia cronologica, il tempo ed il modo della loro comparsa, quali modificazioni abbiano subito fino a quando il paziente si è deciso al consulto.

Ora a parte la insincerità deliberata che riguarda casi medico-legali, di neuropsichiatria, o di falso pudore, non sempre i malati sono precisi e propri nella esposizione dei loro disturbi, ordinati nel racconto della storia delle loro sofferenze, abbastanza raramente hanno una memoria fedele della loro vita fisio-patologica, meno ancora per quella dei loro familiari, e non di rado sono reticenti nel parlare delle loro abitudini, dei loro vizi, delle loro passioni.

Il medico è così costretto ad un sondaggio spesso fastidioso per lui e per l'infermo e con risultati non sempre sicuri o anche affatto negativi.

Nè la proprietà del linguaggio è un vanto di tutti i malati. È questa un'insufficienza delle classi meno colte, ma capita spesso chi pretende di essere proprio e preciso adoperando termini tecnici. Ciò costringe il medico a verificare quel che l'infermo ha voluto intendere per ogni termine.

Dovrebbero anche i malati astenersi dai tentativi di intenerire, commuovere il medico. Questi deve conoscere e comprendere tutte le sofferenze del cliente, deve avere per lui il maggiore interessamento, ma la sua obbiettività non deve essere sopraffatta dalla pietà o da un'eccessiva affettuosità. I lamenti, e le contorsioni degli infermi, quando non infastidiscono per la loro petulanza, offuscano la serenità del medico.

Durante l'esame l'infermo dovrebbe essere silenzioso e docile. Egli, e con lui chi l'assiste alla visita, non dovrebbe pronunziare parola, nè fare gesti per non turbare l'osservazione, per non distrarre l'osservatore. Tuttavia non è raro che si continui a discorrere: il malato cerca allora di dare ulteriori chiarimenti e notizie sulla natura e topografia delle proprie sofferenze, quando anche non si parli di cose affatto estranee.

Se in quell'occasione il medico avesse bisogno di interrogare il paziente, questi dovrebbe essere più che mai conciso. Per lo più si tratta della esistenza e della sede di un dolore, ed il paziente dovrebbe limitarsi a rispondere « sì » o « no », o indicare con un dito la parte dolente.

La docilità a prestarsi a tutti gli esami per quanto dolorosi, molesti, impudichi, deve essere accompagnata da un'esatta esecuzione delle richieste del medico. Vi son di quelli che invitati a respirare soffiano come mantici, che invitati a tener gli arti rilasciati s'irrigidiscono invece come statue e simili.

Anche per la esecuzione delle prescrizioni terapeutiche l'infermo dovrebbe osservare un contegno un po'... differente da quello generalmente in uso. La prescrizione vien discussa, si fanno obiezioni sulla sua efficacia, si avanza qualche dubbio sulla sua innocuità. Talvolta si fa anche qualche emendamento.

Insomma il malato per aiutare il medico ad assolvere adeguatamente il suo compito avrebbe bisogno di essere educato ed istruito convenientemente. Ma è dubbio che si giunga a ciò: nessuno si accingerà di proposito a imparare come si deve comportare il malato.

Ed allora? Allora ogni medico dovrà a spese del suo tempo e dei suoi nervi educare ciascuno dei propri clienti e cavarne quel che può.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'ombra di Malthus.

Nel decorso anno 1924 i periodici e le associazioni mediche si sono insistentemente occupati della pletora professionale. Sono state pubblicate cifre impressionanti, sono stati messi in rilievo i danni materiali e morali derivanti alla classe dall'eccessivo numero di esercenti. Naturalmente, sono stati suggeriti rimedî — quale medico fatta una diagnosi non pensa ad una cura? — e, sia detto con sopportazione dei proponenti, questi rimedi non hanno persuaso nessuno, anzi nessuno li ha presi sul serio.

Si tratta di fenomeno complesso che sfugge a qualsiasi controllo, per lo meno diretto ed immediato. La limitazione delle iscrizioni all'Università e gli albi chiusi sono provvedimenti che rivelano una discreta dose di ingenuità in chi ne sostiene la attuazione e la efficacia.

Il fenomeno va riguardato con più ampio campo visivo, il problema va risolto, se possibile è una soluzione che dipenda dalla consapevole volontà umana, con provvedimenti che lo investano fino alle radici.

Non soltanto la medicina è pletorica, ma tutte quante le professioni. E questa pletora ha una sola causa: l'aumento sorprendente della popolazione, senza un adeguato rapporto con l'incremento dell'agricoltura, delle industrie, dei commerci.

Questo squilibrio determina un aumento delle professioni intellettuali, a sua volta sproporzionato alle necessità collettive.

L'accrescimento dei professionisti in un paese non ricco di risorse non segue quello della popolazione, ma lo soverchia.

D'altra parte le professioni stesse per potere avere un conveniente sviluppo di esercizio hanno bisogno che la ricchezza totale si mantenga ad un certo livello.

Ora la ricchezza di una nazione non è esclusivamente in relazione con la densità della popolazione. Anzi questo rapporto non esiste affatto o anche è inverso quando si tratti di un popolo che abiti un paese con scarse risorse naturali, un paese che non fornisca a sufficienza i prodotti agricoli indispensabili per il mantenimento degli abitanti, o difetti di materie necessarie allo sviluppo delle industrie e dei traffici.

In queste poco felici condizioni si trova appunto il nostro paese.

Il bilancio economico si manteneva avanti la guerra con l'esportazione di uomini, che mentre decongestionava la popolazione, apportava alla madre patria il risparmio dei lavoratori emigrati.

Oggi chiuse le maggiori valvole emigratorie la popolazione si è congestionata, senza che a compenso si sia verificato un arresto della proliferazione.

Tutt'altro. Il salasso prodotto dalla guerra e dalle sue tristi e fatali compagne, le epidemie, non ha fatto che eccitare una più abbondante sanguificazione, una più intensa produzione di figli.

La esuberanza di natalità susseguita alla pace ha colmato rapidamente i vuoti ed ha prodotto il sopravanzo. È vero che con il 1922 si è tornati ad una natalità presso che uguale a quella dell'anteguerra. Ma essa già manteneva il livello della popolazione troppo alto e sempre in crescenza, e oggi per ostruzione dei tubi di sopravanzo minaccia di traboccare.

In altri paesi più ricchi del nostro, e con popolazione meno densa, il problema di adeguare i consumatori alle sussistenze che il suolo può fornire, è di già affrontato: in America si limita la immigrazione, e l'eugenica, il cui canone fondamentale è la limitazione della prole, non è solo una dottrina o una sterile predicazione, ma una prammatica che si va sempre più diffondendo; in Inghilterra è in pieno sviluppo un movimento per il controllo delle nascite.

L'ombra di Malthus si stende non solo sull'Europa, ma sta per raggiungere anche il nuovo mondo.

Durante il secolo scorso e fino al 1914 le previsioni del pastore anglicano parvero tenute in iscacco dalla stessa forza cui si doveva, specie nel nostro continente, l'enorme aumento della popolazione: l'industria. L'Europa, che al principio del secolo contava 180 milioni d'abitanti, alla fine ne contava poco meno di 500 milioni. Eppure questi uomini vivevano una vita, che attualmente sembra di benessere.

Quale confortevole e precisa smentita delle pessimistiche dottrine di Malthus!

Solo l'evento formidabile della guerra potette riportarle agli onori della discussione. Perchè in effetti la guerra fu un fenomeno dominato dall'inconscia e profonda logica della natura. Fu l'eccessiva popolazione della Germania che la condusse alla guerra ed insieme ne determinò la disfatta. Se la Germania nel 1914 avesse avuta la metà della popolazione non avrebbe accesa la terribile conflagrazione, nè avrebbe perduta la guerra.

L'Italia, come la Germania, se avesse molto meno abitanti di quanti ne ha, godrebbe di una indipendenza maggiore di quel che ha, perchè la necessità di andare d'accordo con altri Stati

arbitri dell'alimentazione di milioni di italiani, le toglie ogni effettiva libertà d'azione.

Sembra un paradosso, ma è una verità: il gran numero di soldati costituisce per l'Italia una debolezza.

Coloro che si compiacciono della straordinaria prolificità del popolo italiano non si rendon conto del vero stato delle cose, ubbidiscono a preconcetti o pregiudizi economici e morali, o subiscono la suggestione che vien di Francia.

È un luogo comune di discutibile serietà affermare che la ricchezza di una nazione è in rapporto al numero dei suoi figli. Un tale rapporto sussiste per le terre nuove dove ogni uomo rappresenta in effetti il produttore o il rivelatore di nuove ricchezze, ma non sussiste affatto per terre già intensamente sfruttate o non sfruttabili, dove ogni essere umano che viene alla luce minaccia di essere null'altro che un consumatore.

Ho detto che i decantatori della prolificità della nostra razza subiscono la suggestione che viene di fuori, perchè, senza tener conto della straordinaria diversità di condizioni, in Italia si predica il *crescete e moltiplicate* così come si fa in Francia. Felice paese questo che ha saputo mantenere la sua popolazione a livello delle sue sussistenze. La Francia deve alla scarsa natività, che pure alcuni o molti voglion ritenere segno di decadenza, se essa è il popolo di Europa più indipendente economicamente.

Malgrado questo preteso segno di decadenza, o forse per questo, la Francia produce sempre lavoratori intelligenti, soldati valorosi, abili uomini politici, uomini che eccellono nelle scienze e nelle arti.

La grandezza e la prosperità di una nazione non dipendono dal numero dei cittadini, ma dal loro valore. Non c'è tra quantità e qualità di uomini rapporto diretto, anzi vi sono molte ragioni per ritenere che sia inverso. Se il numero avesse un valore risolutivo nella storia dell'umanità, la Cina dovrebbe essere all'avanguardia della civiltà, dovrebbe avere l'impero del mondo.

L'eccesso di prolificità soffoca o isterilisce le energie, porta con sè la produzione di avariati, di deficienti, di anormali. Questo fenomeno, che sembra un'esigenza della statistica, oltre che con la stanchezza dei genitori, è in rapporto con leggi dell'eredità patologica che vanno sempre più precisandosi.

Non è senza meraviglia dover constatare che in Italia gli studiosi di eugenica, e non sono molti, non sentano che il punto primo per lo svolgimento di un programma per il risanamento della razza sia la propaganda per la diminuzione delle concezioni.

A questa deficienza dottrinale è da augurarsi suppliranno le inconsapevoli spinte che vengon dalla necessità. Per altro la restrizione della prole si va già iniziando nelle regioni d'Italia — Piemonte, Liguria, Lombardia — dove la maggiore agiatezza consente una maggiore educazione civile, una maggiore consapevolezza non solo dei diritti, ma anche dei doveri verso se stessi, verso i propri discendenti e con essi verso la collettività.

La salute, il benessere, la salvezza della nostra razza saranno assicurati solo che questo fenomeno abbia una sufficiente estensione.

Pangloss.

MEDICINA SOCIALE.

La standardizzazione della siero-diagnosi della sifilide.

(Per una convenzione internazionale).

Il problema di decidere quale sia il metodo migliore e più sicuro per la siero-diagnosi della sifilide, in modo che tutti i ricercatori, in tutte le nazioni lo usino con lo scopo di avere risultati perfettamente comparabili, è stato proposto dal Comitato di igiene della Società delle Nazioni, fin dal 1921. Venne allora affidato ad un certo numero di Istituti il compito di comparare i diversi metodi (Wassermann, Sachs-Georgi, Dreyer e Meinicke) sopra 1000 casi di sifilide accertata e, possibilmente anche su altri 1000 casi, in cui la sifilide poteva essere esclusa. Ricerche siffatte però non potevano dare risultati sicuri, anche per il diverso stadio in cui si trovavano i diversi individui esaminati. Unanime è stata la conclusione che, malgrado le preferenze per un metodo piuttosto che per l'altro, si trovano sempre dei sieri più sensibili con l'uno che con altri. Per eliminare il più possibile ogni disparità nel materiale, il Comitato venne alla decisione di riunire a Copenhaghen i rappresentanti di nove laboratori europei, perchè ognuno eseguisse le ricerche con la propria tecnica sugli stessi sieri. L'Italia venne ammessa solo... per osservare!

Sono stati esaminati in tutto 525 sieri, di cui 190 appartenenti ad individui sifilitici. Le reazioni usate furono: Wassermann, Sachs-Georgi, Dreyer (sigma-reazione), terza modificazione della reazione di Meinicke, reazione dell'intorbidamento di Meinicke.

Venne riconosciuto all'unanimità che la reazione della fissazione del complemento è assai più sensibile che qualsiasi metodo di floculazione. La percentuale di reazioni positive si ha per la Wassermann di 56-63 %, per la Sachs-Georgi di 48-56 %, per la sigma-reazione di 40-50 %, per la terza di Meinicke 30-51 %, per quella dell'intorbidamento di 45-54 %.

Per quanto riguarda l'inattivazione dei sieri, la Conferenza ha riconosciuto che il procedimento utilizzante il siero attivo ha dato nei casi di sifilide accertata, un numero di risultati positivi più elevato che gli altri. L'aggiunta di colesterina non aumenta per nulla la sensibilità della reazione.

Importanti sono altresì le seguenti conclusioni a cui è arrivata la Conferenza. Gli estratti di cuore hanno dato i migliori risultati. I metodi basati sull'uso di parecchi estratti non si sono mostrati superiori a quelli che ne usano uno solo. Così il prof. Otto, dell'Istituto R. Koch di Berlino, in 148 casi di sifilide certa, usando il metodo ufficiale tedesco, con diversi antigeni, ha ottenuto soltanto 76 risultati positivi (51,3 %).

Le reazioni di floculazione non possono allo stato attuale sostituirsi a quella di Wassermann. Si deve però far rilevare il fatto che, in certi casi di sifilide, si ottenne con le reazioni di floculazione un risultato positivo, mentre era stato negativo con la Wassermann. È quindi raccomandabile eseguire con quest'ultima anche le reazioni di floculazione. Fra queste, la più sensibile, si è mostrata la Sachs-Georgi. La Conferenza si è inoltre dichiarata favorevole alla reazione dell'intorbidamento di Meinicke che, pur essendo meno sensibile della Wassermann, ha il vantaggio di una grande semplicità di tecnica e quello di dare talora risultati positivi in casi a Wassermann negativa.

Il metodo al siero attivo è sospetto di dare risultati non specifici in numero più elevato che le altre tecniche. Esso va quindi sottoposto ad ulteriori controlli, specialmente con sieri prelevati da un certo tempo prima della prova.

S. Muttermilch (*Presse médicale*, 13 agosto 1924) osserva che anche con tali decisioni della Conferenza, il problema della standardizzazione della siero-diagnosi della sifilide non è per nulla risolto. In realtà però, nel campo della biologia e tanto più in questo sempre discusso della siero-diagnosi della sifilide, non si può andare più in là di semplici raccomandazioni, come queste della Conferenza.

Anche la questione dei metodi ufficiali di ricerche per una determinata nazione (che incontrano tanto favore in Germania ed agli Stati Uniti) è sempre passibile di critiche e solo applicabile in determinate condizioni. La standardizzazione dei metodi non è difficile in altri campi, come per l'ingegneria, in cui si tratta di fatti semplici, precisi e controllabili, ma è assai dubbio che, fra tante nazioni, si riesca ad un accordo unanime in un problema delicato e con tante incognite quale è quello della siero-diagnosi della sifilide.

fil.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Proroga a tutto 31 gen. del conc. a direttore del Gabinetto Radiologico.

CANNARA (*Perugia*). — A tutto il 31 gen.; due condotte a servizio alterno semestrale; età massima 40; stato di fam.; tassa L. 50.10; stip. lire 7000 oltre la seconda indenn. c.-v.; L. 2000 cavalc.; L. 600 servizio attivo.

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). *Ospedale Civile di S. Agostino.* — Scad. 8 feb. Chirurgo direttore L. 12.000 e 75 % operazioni chirurgiche e visite di ambulatorio. Titoli. Tassa L. 50.

COPPARO (*Ferrara*). *Ospedale Civile Mandamentale.* — Proroga al 31 gen. dei concorsi a chirurgo primario, medico primario e aiuto chirurgo. I titoli di cui al n. 7 lettere *a-c* del bando saranno tenuti in considerazione di preferenza e non già come indispensabili per l'ammissione al concorso.

GROTTE DI CASTRO (*Roma*). — Una delle due condotte. Scad. 31 gen. Situaz. fam. Tassa L. 50,15 al Tesoriere Com. Stip. L. 7000 e 4 quadrienni decimo; primo c.-v. per intero; secondo c.-v. per le sole persone a carico; L. 500 se ospedale e ambulat. Servizio semestrale alterno nelle due condotte. Chiedere annunzio.

ORBETELLO (*Grosseto*). *Congreg. di Carità.* — Chirurgo primario dell'Ospedale S. Giovanni di Dio; L. 11.000 e due quinquenni decimo; un c.-v.; 30 % proventi tasse di cura ricoverati camere a pagam. Scad. 20 gen. Età mass. 40. Un biennio importanti servizi di chirurgia. Titoli. Chiedere annunzio.

TORRE BOLDONE (*Bergamo*). — Scad. 21 gennaio. Concorso per titoli medico cond. consorziale. Stipendio 6500; car.-viv.; ind. trasp. L. 500; ind. uff. san. L. 500; ambul. L. 200. Titoli. Tassa lire 50. Scrivere Sindaco.

CONCORSI A PREMIO.

MILANO. *Reale Società Italiana d'Igiene.* — Concorso per un opuscolo inedito di propaganda antialcoolista, destinato alle classi operaie, che illustri in forma piana, semplice, ordinata ed attraente (eventualmente anche con figure) i principali danni derivati dall'abuso dell'alcool. Il premio consiste in una medaglia d'oro del valore di circa lire cinquecento, sulla quale verrà inciso il nome del vincitore del premio e la dicitura: « Premio della Reale Società Italiana d'Igiene ». Presentare entro il giorno 31 maggio 1925 alla Segreteria gli esemplari dell'opera in duplice copia dattilografata, contrassegnata da un motto ripetuto in busta chiusa e sigillata.

Per ulteriori schiarimenti rivolgersi alla Segreteria, via S. Paolo n. 10, per lettera, o al giovedì dalle 21 alle 22.

Norme pei documenti nei concorsi a condotte.

Il Bollettino dell'Ordine dei Medici della provincia di Milano pubblica le norme relative ai documenti per solito richiesti nei Concorsi alle condotte, oltre il diploma di laurea e i titoli scientifici e pratici.

1) *Atto di nascita* (in carta bollata da L. 4). È rilasciato dall'ufficiale di Stato civile del Comune di nascita ed è sottoposto al pagamento di L. 1 per diritti di Stato civile. Se deve prodursi fuori del circondario cui appartiene il Comune che lo ha rilasciato, deve essere legalizzato dal Pretore del Mandamento o dal Presidente del Tribunale mediante annullamento di marche per L. 3. Se in luogo dell'atto di nascita si richiede il certificato di nascita, questo può essere steso su carta bollata da L. 2 e allora è soggetto al pagamento di L. 1,50 di diritti di Stato civile.

2) *Certificato di cittadinanza* (in carta bollata da L. 2). È d'ordinario rilasciato dal Sindaco del Comune di residenza, talvolta con pagamento di cent. 50 di diritti di segreteria, talvolta con lire 1,50 di diritti di Stato civile. Di regola è consigliabile farlo sempre legalizzare dal Presidente del Tribunale della giurisdizione cui appartiene il Comune che lo rilascia, per evitare contestazioni. La legalizzazione ha luogo con annullamento di marche per L. 3.

3) *Certificato di buona condotta* (in carta bollata da L. 2). È rilasciato dal Sindaco del Comune di residenza, ed è soggetto al pagamento di centesimi 50 di diritti di segreteria. Se prodotto fuori Comune deve essere legalizzato dal prefetto o sottoprefetto, sempre con annullamento di marche per L. 3.

4) *Certificato di sana costituzione fisica* (in carta bollata da L. 2). Deve essere rilasciato da un medico chirurgo autorizzato all'esercizio. Se deve essere prodotto nel Comune in cui il medico che lo rilascia esercita, va legalizzato dal Sindaco con annullamento di marche per L. 3, altrimenti deve essere « vistato » dal Sindaco stesso, senza spesa, e fatto legalizzare con L. 3 di marche dal prefetto o sottoprefetto.

5) *Situazione di famiglia* (in carta bollata da L. 2). È rilasciata dal Sindaco del Comune di residenza, previo pagamento di cent. 80 di diritti di segreteria. Se prodotta fuori del Comune in cui è rilasciata deve legalizzarsi dal Prefetto o Sottoprefetto con L. 3 di marche come il certificato di buona condotta.

6) *Certificato generale o certificato penale* (in carta bollata da L. 6). Deve richiedersi, allegandovi il certificato di nascita, al Cancelliere del Tribunale alla giurisdizione cui appartiene il Comune in cui il concorrente è nato. Se deve prodursi fuori del Circondario medesimo, la firma del Cancelliere va legalizzata dal Presidente del Tribunale con L. 3 di marche.

Tassa di ammissione al Concorso.

In data 21 ottobre 1923, al n. 2261, è stato emanato il R. Decreto, che determina la tassa per l'ammissione ai Concorsi per gli impieghi degli Enti locali.

Art. 1. — Per l'ammissione ai Concorsi, sia per titoli che per esami, ai rispettivi impieghi, le Provincie, i Comuni, i Consorzi intercomunali e le Istituzioni pubbliche di beneficenza sono autorizzate ad esigere da ciascun concorrente il pagamento di una tassa di L. 50 per i posti messi a concorso, se sia richiesta la laurea od altro titolo equipollente, e non superiore a L. 25 per gli altri posti.

Art. 2. — Le tasse di cui all'articolo precedente sono interamente devolute all'Ente che dispone il Concorso; la relativa quietanza deve essere allegata alla domanda di ammissione al Concorso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Quale successore di O. v. Hertwig alla cattedra di zoologia di Monaco in Baviera è stato chiamato da Breslavia il prof. v. Fritsch, noto per i suoi lavori di fisiologia comparata del sistema nervoso ed in specie sul senso dei colori e sul « linguaggio » delle api: quest'ultimo tema costituì il *clou* del recente congresso di medici e naturalisti ad Innsbruch.

Alla cattedra di zoologia dell'Università di Berlino era stato invitato lo stesso v. Fritsch, che però ha declinato l'invito; ora la scelta è caduta sul prof. Hans Spemann di Friburgo i. B.

Il prof. Haas, aiuto alla clinica medica di Giessen, è stato chiamato a coprire la cattedra di policlinica medica nella stessa città.

NOTIZIE DIVERSE.

Corsi di insegnamento pratico per medici.

È aperto a tutto il 31 gennaio l'inscrizione ai Corsi di Insegnamento Pratico per Medici presso la Direzione Medica dell'Ospedale Maggiore in Milano (Via Ospedale, 5).

I corsi di insegnamento pratico avranno inizio il 15 gennaio 1925 e comprenderanno:

a) Lezioni di Anatomia patologica, di Igiene e Tecnica Ospitaliera e Dietetica, obbligatorie per tutti gli iscritti ai corsi (da gennaio a luglio).

b) Lezioni di Medicina Interna, Chirurgia Generale (da gennaio a luglio).

c) Esercitazioni pratiche giornaliere (ore 8-10, 15-16,30 dal 15 gennaio al 30 ottobre 1925), di Medicina Interna (divisioni 8), di Chirurgia Generale (divisioni 7) nelle Divisioni Ospitaliere, alle quali gli iscritti saranno assegnati in numero non superiore a 10 per ogni divisione e ciò perchè possano veramente addestrarsi nell'esercizio pratico della professione.

d) Corsi brevi di Tecniche Diagnostiche e Terapeutiche (aprile-maggio).

Per l'iscrizione ai corsi annuali ed alle esercitazioni pratiche in una divisione o di Medicina o

di Chirurgia coll'obbligo di frequentare rispettivamente tutti i corsi di lezioni della branca nella quale sono iscritti, oltre i corsi di cui la lettera *a*) o soltanto per la frequenza ed esercitazioni nelle altre divisioni di specialità non comprese nell'elenco di cui retro, occorre: 1) Presentare il diploma di laurea in medicina e chirurgia ottenuto in una Università del Regno; 2) Pagare all'atto dell'inscrizione la somma di L. 100.

Pei corsi brevi di tecniche diagnostiche e terapeutiche, sarà ammessa l'iscrizione anche a singoli di essi, mediante la presentazione del diploma di laurea in medicina e chirurgia ottenuto in una Università del Regno ed il pagamento della somma di L. 50 per ogni corso.

Alla fine dei singoli corsi, a quelli che li avranno frequentati diligentemente e con profitto, sarà rilasciato uno speciale attestato.

Agli Studenti degli ultimi anni della Facoltà di Medicina e Chirurgia, a seconda delle norme regolamentari ospitaliere vigenti, è concessa la iscrizione, senza il pagamento di alcuna quota. In seguito agli accordi con la Facoltà di Medicina i corsi tenuti da insegnanti liberi docenti hanno valore di corsi liberi agli effetti universitari.

Richiedere il programma.

Corso di perfezionamento in Clinica delle malattie nervose.

Avrà luogo presso la Clinica delle Malattie Nervose dell'Università di Roma, al Policlinico Umberto I; s'inizierà il 4 febbraio e durerà fino a tutto marzo; saranno impartiti insegnamenti dai proff.: G. Mingazzini, G. Fumarola, G. Ayala ed E. Di Marzio. Coloro i quali avranno frequentato regolarmente il corso e superato la prova di esame, riceveranno un Diploma di perfezionamento. Domanda non più tardi del 31 gennaio. Fede di nascita. Tassa di L. 300,50; sopratassa di L. 70.

Corso di perfezionamento in igiene.

Ricordiamo che un corso bimestrale avrà luogo nell'Istituto d'Igiene della R. Università di Roma a partire dal 1° febbraio, per aspiranti alla carriera sanitaria nelle pubbliche amministrazioni. Condizioni solite. Sono disponibili 120 posti.

Per la sistemazione finanziaria degli Ospedali di Roma.

La *Gazzetta Ufficiale* ha pubblicato un R. decreto col quale a partire dal 1° gennaio 1924, l'assegno annuo di 4.500.000 lire previsto dal primo comma dell'art. 2 del R. decreto 18 aprile 1920, n. 481, per provvedere a carico del Tesoro dello Stato alle deficienze della gestione del Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali riuniti di Roma è elevato fino alla concorrenza di 7.500.000 lire.

Inoltre, dalla stessa data 1° gennaio 1924, per ciascuna degenza in più oltre il numero accertato con il consuntivo dell'esercizio 1906, il concorso a carico dello Stato, di cui al secondo comma dell'articolo 2 del su citato R. decreto 18 aprile 1920, n. 481, è stabilito in una somma pari all'80 per cento della diaria, determinata a norma dell'articolo 4 del R. decreto 18 aprile 1920, n. 481.

A decorrere dal 1° gennaio 1925, il comune di Roma ha l'obbligo di corrispondere al Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali riuniti di Roma, un contributo annuo di L. 100.000.

A decorrere dalla stessa data, qualora il numero degli infermi poveri, aventi il domicilio di soccorso in Roma, ricoverati nel Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali riuniti o, per conto e a spese di esso in altri Istituti, superi il numero delle degenze, per tali infermi accertato alla fine dell'anno 1924, il comune di Roma, oltre il contributo di cui al comma precedente, ha l'obbligo di rimborsare al Pio Istituto di Santo Spirito ed Ospedali riuniti, per ogni degenza in più, un quinto della differenza tra il concorso a carico del Tesoro dello Stato stabilito col secondo comma dell'articolo precedente, ed il concorso a carico del Tesoro dello Stato stabilito con l'art. 2 del R. decreto 18 aprile 1920, n. 481.

Una cattedra di Clinica dei lattanti.

La Facoltà di Medicina di Milano ha istituito una cattedra di igiene dell'infanzia e di clinica dei lattanti, che insieme a quella d'igiene generale, di clinica pediatrica e di eugenetica completerà il gruppo degli insegnamenti più specialmente utili alla diffusione delle idee e delle pratiche di consolidamento e miglioramento della razza. Titolare della nuova cattedra sarà il prof. Spolverini, ch'è anche il direttore della Clinica pediatrica dell'Università di Pavia.

Il nuovo Ospedale della Cassa Nazionale Infortuni a Bologna.

Con l'intervento di molte autorità politiche, civili e militari, il 7 dicembre u. s. ebbe luogo l'inaugurazione dell'Ospedale che la stessa Cassa Nazionale Infortuni, obbedendo alle finalità sociali della propria azione nel campo delle assicurazioni per gli infortuni sul lavoro, ha fondato a Bologna, per la cura diretta degli operai sinistrati, dotandolo di Reparti specializzati.

Elargizioni cospicue.

La Commissione centrale di beneficenza, amministratrice della Cassa di risparmio delle Provincie lombarde, riunitasi sotto la presidenza dell'on. De Capitani, ha stabilito le misure dei sussidi da concedere in favore dell'assistenza ospedaliera. Fu, così, destinato un milione di lire all'assistenza dei fanciulli predisposti, per la lotta antitubercolare. Fu aumentato di altri sei milioni il fondo precedente in favore del territorio lombardo extra-ducato. Furono attribuite L. 50 mila all'opera bergamasca per la tutela dei fanciulli e L. 40 mila all'opera Bonomelli.

Ad onorare la memoria della rispettiva figlia e moglie, il dott. Giuseppe Nava e il dott. Alfredo Pozzolo hanno elargito lire 30.000 all'Ospedale marino modenese di Riccione.

La signorina Maddalena Gottarelli di Castelbolognese, ad onorare la memoria del padre avv. Francesco, ha elargito 50.000 lire da distribuirsi fra l'Ospedale Civile e altre istituzioni benefiche di quel paese.

Nella stampa medica.

Ha iniziato la pubblicazione un « Bollettino della Federazione Nazionale italiana per la lotta contro la tubercolosi » (direz. e ammin: Roma, via Toscana, 12), che vuole rappresentare una rassegna di quanto si fa o necessita fare in Italia per mettere la nazione nostra allo identico livello delle nazioni più progredite nella profilassi antitubercolare, chiamando a raccolta per una mèta così elevata non solamente i medici ma anche tutte le personalità del nostro Paese che nel campo economico e morale sentano il dovere e l'interesse di concorrere al progresso della salute. Redattore capo è il prof. Gioacchino Breccia. Il primo fascicolo contiene parecchi articoli, specialmente dei due insigni tisiologi proff. Breccia e Mendes. Al nuovo periodico cordialissimi auguri.

Associazione della stampa medica belga.

Si è costituita a Bruxelles. La maggior parte dei periodici belgi di medicina si è fatta rappresentare in seno all'assemblea, che si è tenuta nei locali della « Fondation Universitaire » ed era costituita da 14 membri fondatori.

L'associazione comprenderà membri titolari, in numero di uno per ogni periodico associato; membri onorari e membri corrispondenti nazionali e stranieri; dovranno tutti essere regolarmente inscritti nel comitato di redazione di un periodico medico non gratuito.

Alla presidenza è stato eletto il dott. Dejace, redattore-capo di « Le Scalpel ».

Un tributo d'onore a Tuffier.

È stata promossa in Francia una sottoscrizione, per offrire un ritratto al prof. Tuffier. La sottoscrizione è stata inaugurata dal maresciallo Joffre. La cerimonia della presentazione avrà luogo durante il Congresso internazionale di Medicina e Farmacia militari, indetto per il prossimo aprile a Parigi.

Chiunque sottoscriverà per 100 franchi, riceverà una copia del ritratto. Le offerte vanno indirizzate al tesoriere del Comitato promotore, P. Masson, boulevard St.-Germain 120, Parigi.

Il prof. Tuffier diresse i servizi sanitari militari durante la guerra. Egli è uno dei più reputati chirurgi dei nostri tempi. Ultimamente presiedette il Congresso francese di chirurgia: nel suo discorso inaugurale illustrò l'importanza che spetta oggi alla chirurgia sperimentale nel promuovere lo sviluppo della chirurgia umana.

Contro i rimedi ciarlataneschi in Francia.

Come abbiamo annunziato, il Ministero della Sanità come tale è stato abolito in Francia; esso è stato aggregato al Ministero del Lavoro.

Titolare del Ministero del Lavoro e della Sanità è ora l'on. Justin Godart, che per primo aveva ricoperto la carica di ministro della Sanità e che, pur non essendo medico, aveva acquistato larghe benemerenze nella tutela della salute pubblica.

Egli ha ora intrapreso una campagna contro i rimedi ciarlataneschi. Ha cominciato con l'intentare un procedimento giudiziario contro un istituto di Parigi, il quale annunzia di guarire il cancro con mezzi puramente medici.

L'Università di Zagabria

ha compiuto il cinquantenario della sua fondazione. La Facoltà medica venne fondata solo nel 1917. Un numero commemorativo è stato pubblicato dal periodico « Lijecknicki Viesnik », che rispecchia l'attività scientifica croata; pubblica lavori nelle due lingue internazionali: inglese e francese.

La laurea in medicina per i dentisti in Francia.

A un' adunanza generale della « Association Française de Chirurgie », tenuta nella Facoltà Medica di Parigi, fu espresso il convincimento che si renda necessario di richiedere la laurea in medicina a chi intenda praticare l'odontologia in Francia. Fu emesso l'avviso che la qualifica di dottore in chirurgia dentaria sia equivoca e che il Consiglio della Società debba continuare i suoi sforzi fino al raggiungimento dello scopo suddetto.

Il cervello di Anatole France.

La famiglia del grande scrittore esitò molto prima di autorizzare a prelevarne ed esaminarne il cervello. Si parlò di profanazione; ma venne ricordato che solo i cervelli dei sommi erano stati oggetto di esame: quelli di Goethe, Hugo, Lamartine, Gambetta, ecc. Infine la famiglia si decise; l'esame spettò al dott. Guillaume; ma la famiglia vietò di pubblicarne i risultati. Il dott. Guillaume si è dovuto limitare a dichiarare che, per quanto concerne l'ampiezza, il numero e la delicatezza delle circonvoluzioni, il cervello di Anatole France costituisce « une pièce unique ».

Episodio medioevale.

Il dott. Balbino do Rego, direttore dell'Istituto batteriologico delle Isole di Madera a Funchal, dovette fuggire precipitosamente nel 1906, perchè minacciato nella vita dalla popolazione, che lo accusava di aver importato e diffuso la peste. « *A Medicina Contemporanea* », annunzia che ora egli è potuto rientrare a Funchal, ove ha ricevuto accoglienze cordialissime.

Medico condannato a corrispondere una pensione.

La « Gazette des Hôpitaux » riferisce che il Tribunale dell'Hâvre ha condannato un medico a corrispondere la pensione annua di 360 franchi ad una donna cui è stato amputato l'avambraccio destro, giudicando che egli fosse responsabile di tale mutilazione.

La paziente si era ferita ad una mano nello sfaccendare. Malgrado i dolori persistenti, aggravantisi nel corso di un mese, il medico curante non credette necessario di eseguire l'esame radiologico. Una radiografia rivelò, infine, la presenza non sospettata di un ago; ma il processo infettivo, che si era determinato, rese necessaria l'amputazione.

Un medico processato ed assolto in Inghilterra.

Ha destato un enorme scalpore in Inghilterra un processo tipico, svoltosi a Gloucester contro il dott. Hadven, accusato di avere provocato la morte di una ragazza decenne, per non averne riconosciuto la difterite e non averle somministrato il siero specifico. L'accusa venne sostenuta da un altro medico, chiamato mentre la paziente era moribonda, e venne avvalorata dall'ispettore sanitario sir Edvard Marshall Hall. L'imputato, dalla figura imponente e dalla voce tonante, proclamò che in 30 anni di esercizio egli non aveva mai somministrato il siero antidifterico, perchè contrario alla sieroterapia, ciò che risulta da molte sue pubblicazioni: eppure egli non aveva dovuto deplorare nessun esito infausto prima di questo. Lo Hadven, che è anche antivaccinista, antivivisezionista e vegetariano di fede fervente, venne difeso con efficacia da una illustrazione del Foro britannico, sir William Willcox.

Il procuratore generale, Justice Lush, ritirò la accusa, dichiarando che se i medici dovessero agire sotto la minaccia di processi giudiziarî, ne deriverebbero conseguenze deplorevoli e disastrose: quando la loro opera è onesta, quando non è possibile riconoscervi negligenza, nulla deve loro essere imputato. Il giurì assolse per inesistenza di reato; il pubblico, che non potendo essere tutto contenuto nell'aula si affollava anche per la strada, applaudì freneticamente e portò il dott. Hadven in trionfo. (Dal *Journ. A. M. A.*).

Diplomi medici annullati.

Il « Brazil Medico » informa che l'equiparazione della « Faculdade Hahnemanniana », di Rio de Janeiro con le scuole mediche ufficiali, già concessa, è stata abrogata; di conseguenza sono stati annullati molti diplomi già conferiti, in quanto che ai diplomati da quella scuola privata non vengono più ad essere riconosciuti i privilegi di cui fruiscono i diplomati dalle scuole statali.

Un eroe della scienza, il prof. BERGONIÉ, è morto dopo lunga e straziante agonia a Bordeaux, vittima delle sue esperienze con i raggi X.

La terribile sorte che lo attendeva era preveduta dallo scienziato da molto tempo; ma ciò nonostante egli non aveva voluto abbandonare i suoi studi prediletti sempre allo scopo di portare qualche beneficio all'umanità nella cura del cancro.

Il prof. Bergonié fu tra i primi a dedicarsi allo studio dei raggi Roentgen per applicazioni terapiche e si consacrò con amore a questi studi. Egli fu costretto a subire molteplici amputazioni, ultima quella del braccio destro.

Recentemente il Maresciallo Petain insieme a personaggi ufficiali gli aveva consegnato le insegne di Gran Croce della Legion d'Onore.

Il prof. Bergonié fino all'ultimo momento ha continuato ad interessarsi alla clinica.

Si è spento a San Francisco di California, in età di 70 anni, il dott. F. FEHLEISEN, lo scopritore dello streptrococco dell'erisipela; fu allievo di Bergmann.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riforma Med., 4 ag. — A. CHIARIELLO. Malformazioni congenite del rene. — M. BATTAIN. Riso e pianto spasmodico nei pseudobulbari. — L. PISTOCCHI. Sieroterapia multipla nel tifo addom.

Art Médical, 31 lug. — L. BERTRAND. Sull'etiologia del reumatismo. — BOISSERIE-LACROIK. Profilassi della scarlatt. col vaccino Caronia. — G. GAUJOUZ. Adenopatie scrofoloidi non tubercolari.

Riv. Med. d. Uruguay, mag. — J. M. ESTAPÉ. Doppia sindrome piramidale ed extrapiramidale.

Radiologia Med., ag. — L. BRUNETTI e G. FILIPPINI. Dimostraz. radiografica dell'antro d'Higmoro e di cisti nel mascellare sup.

Clinica y Labor., lug. — F. OLIVER RUBIO. Il simpatico e l'endocrinologia.

Presse Méd., 6 ag. — A. LUISADA. Curva della press. arter. in un territorio vascolare e sue variazioni negli stati ipotensivi.

Folia Med., 30 lug. — R. C. MAROTTA. Febbri oscure e nefrite tbc. — R. PAPALE. Patogenesi della sindrome di Gradenigo.

Journ. de Méd. de Paris, 2 ag. — H. VIGNES. La rachianestesia nella pratica ostetrica.

Riv. crit. di Cl. Med., 15 giu. — M. AIAZZI-MANCINI. Il perborato di sodio. — 5 lug. E. PERITI. Chemoterapia della tbc.

Riv. di Cl. Pediatr., ag. — E. BOSCHI. Recidiva di scarlattina.

Actinoterapia, 4. — M. P. FRANCO. Radioterapia nel morbo di Flajani-Basedow.

Lavoro, lug. — G. GHERARDI. Mortalità per cause violente accidentali in rapporto alla professione.

Gazz. d. Osped. e. d. Clin., 3 ag. — G. CIPRIANI. Terapia della tbc. — G. VITELLO. Controindicazioni della canfora.

Osped. Maggiore, 30 giu. — L. POLLINI. Valore energetico del latte muliebre e accrescim. del bambino. — E. BARTOLOTTI. La chininoresistenza.

Brit. Med. Journ., 9 ag. — H. H. DALE. Progressi e prospettive della chemoterapia. — R. C. BUIST. La posizione nel travaglio difficile.

Bull. Ac. de Méd., 29 giu. — C. ACHARD e J. THIERS. Cinematoradiografia di arresto del cuore. — G. VALLET e A. AUGÉ. Trattam. delle pleuriti purulente.

Rev. d. Circ. Med. Argentino ecc., marz. — I. L. IMAZ. Studi clinici sulla crisi emoclasica. — S. M. NEUSCHLOSZ. Farmacologia dell'apparato gastro-intestinale.

Quaderni di Psich., lug.-ag. — A. AMEGHINO e L. CIAMPI. Patogenesi della demenza precoce.

Presse Méd., 9 ag. — DUCAMP, GNEIT e DIDRY. Forme dolorose della malattia di Heine-Medin. — L. LEVI. Patogenesi degli emispasmi facciali di orig. nerv. periferica.

Medin. Klin., 10 ag. — W. KOLLE. Studi chemoterapeutici sul bismuto. — ESAU. Varicella e sifilide vaioliforme.

Rinascenza Med., 15 ag. — C. VITETTI. Eritroblastosi leucemica.

Rev. Méd. de Barcelona, lug. — J. CÓRDOBA. Malattie degli organi respiratori da diatesi infiammatoria o essudativa. — N. SANTOS. Sistematica delle nevrosi respiratorie.

Brazil-Med., 12 lug. — A. GUIMARÃES. Sierodiagnosi della dissent. bacill. — 19 lug. A. FIALHO. Cheratite parenchimatosa, interstiziale, diffusa.

Spitalul, ag.-set. — V. PANAITESCU. Vaccinaz. antidifter. con anatossina difterica. — S. ZANOAGA. Radium-tyndalizzazione con fuochi crociati nel cancro genitale muliebre.

Giorn. di Clin. Med., 10 ag. — M. DEL RIO. Esostosi osteogeniche multiple ed istero-epilessia.

Stomatol., ag. — G. MANICARDI. Patogen. della carie dent.

Igiene Mod., mag. — E. BAJLA. Agostino Bassi. — L. PIETRANTONI. Agglutinaz. e coagglutinaz. nella vaccinaz. antitifoparatifica per via parenterale e per via orale.

Clinica Pediatr., lug. — G. MACCIOTTA. Reaz. del sangue nei bambini in rapporto all'età ed all'aliment. — S. SEGAGNI. Valore diagnostico dell'intradermoliquoreazione nella mening. tub.

Ann. d. Clin. Med., I. — E. COPPA. L'arteriosclerosi da lavoro. — C. NICASTRO. Fisiopatologia del cuore.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V ASCOLI, Red. resp.

Sommario dei Numeri di Gennaio 1925 dei periodici pubblicati dalla nostra Casa:

"IL POLICLINICO,,

SEZIONE MEDICA

Il fascicolo 1 (1° gennaio 1925), della nostra *Sezione Medica*, contiene:

LAVORI ORIGINALI.

I. - **P. Bastai.** Aplasia delle vene sovraepatiche con persistenza della vena ombelicale.
II. - **L. Paterni.** Contributo allo studio dei tumori maligni della milza: metastasi di carcinoma e di ipernefroma (con 9 figure).
III. - **C. Verdozzi** e **S. Stefani.** Ricerche sperimentali sugli ormoni embrionali e sui fattori dello sviluppo dei corpi lutei gravidici.

"IL POLICLINICO,,

SEZIONE CHIRURGICA

Il fascicolo 1 (15 gennaio 1925), della nostra *Sezione Chirurgica*, conterrà:

LAVORI ORIGINALI.

I. - **C. Baggio.** Per quali cause si forma un'ulcera digiunale post operatoria? (con 23 figure schematiche).
II. - **G. D'Agata.** Ricerche e osservazioni su un caso non comune di actinomicosi dell'avambraccio (con due figure nel testo ed una tavola in fototipia).
III. - **C. Zampa.** Emangioma cavernoso diffuso dei muscoli striati (con quattro figure).

"CUORE E CIRCOLAZIONE,,

PERIODICO MENSILE

Il N. 1 (Gennaio 1925) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - Dott. **Franco Castellotti:** La Teocina nella cura dell'ipertensione arteriosa (con 3 figure).
II. - Dott. **L. Grossi:** Sopra un caso interessante di sindrome di Morgagni-Adams-Stokes (con 4 figure).
III. - Dott. **L. Siciliano:** Modificazioni della funzione cardiaca nel pneumotorace (con 5 figure).

RIVISTA SINTETICA:

Prof. **Gastone Meldolesi**: Analisi radiologica del peduncolo sopracardiaco.

RASSEGNE E RECENSIONI.

"LA CLINICA OSTETRICA,,

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

Il N. 1 (Gennaio 1925) contiene, oltre ad un articolo introduttivo della Direzione:
LAVORI ORIGINALI: Prof. Sen. **E. Pestalozza:** A proposito dell'innesto dell'ovaio. — Dott. **F. Strina**: Sul trattamento della placenta previa. — **FATTI E DOCUMENTI**: Prof. **O. Viana**: Una rara anomalia fetale: l'ano ombelicale. — **LA RUBRICA DEGLI ERRORI**: Prof. **P. Gaifami**: Torsione sul peduncolo di una cisti ovarica al sesto mese di gravidanza, con emorragia endocistica grave. — **RIVISTE GENERALI**: Dott. **N. Temesvary:** Sintomatologia e diagnosi della sepsi puerperale. — **PROBLEMI SOCIALI:** Prof. **F. Valtorta**: I concetti informatori del programma di difesa della maternità. — **NOTA DI TERAPIA.** — **DALLE RIVISTE.** — **I LIBRI.** — **VARIETÀ.** — **NOTIZIE.**

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

Il N. 1 (Gennaio) contiene:

Editoriale. — G. BILANCIONI : **Programma di lavoro.** (Prolusione). — **Note di tecnica clinica:** V. GIUDICEANDREA : *Per la diagnosi ematologica delle mastoiditi.* — **Capitoli** : C. GRANDE : *Postumi laringei da inalazioni di gas asfissianti.* — **Ricerche di laboratorio**: S. TRAINA : *Reperto di spirochete nel naso e nella laringe nei feti eredo-luetici.* — **In Biblioteca.** — **Recensioni.** — **La Nota Storica** : *Il primo descrittore della «rinite delle rose».* — **Notizie e Questioni.**

Per le condizioni di abbonamento vedi alla pagina seguente.

ANNO XXXII — Roma, 19 Gennaio 1925 — Fasc. 3

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA
DELL'UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. A. ZERI.

Sulla diagnosi di spirochetosi ittero-emorragica.

Dott. VITTORIO VANNI, assistente.

Non sempre la diagnosi di spirochetosi itteroemorragica può clinicamente formularsi. Gli itteri spirochetici senza fenomeni di diatesi emorragica, e viceversa quelli decorrenti col quadro di peliosi reumatoide senza ittero (casi occorsi durante l'ultima guerra), non sono diagnosticabili senza le indagini di laboratorio, e quindi sfuggono alla profilassi e alla terapia che, come è noto, è incerta, ma ad ogni modo è tanto più attiva quanto più precocemente viene praticata.

I mezzi più in uso per la diagnosi sono:

a) la agglutinazione, praticata col siero degli ammalati su colture pure di spirocheta di Ynada e Ydo;

b) la inoculazione del sangue o delle orine dell'ammalato alla cavia, con ricerca dello spirochete negli organi (fegato, rene) di essa, venuta a morte in seguito all'infezione.

Ma la prova dell'agglutinazione non è punto agevole a praticarsi, per la difficoltà di ottenere e sopratutto di mantenere in vita le colture pure, necessarie per la netta interpretazione dei risultati.

La prova dell'inoculazione riesce, come ho potuto esperimentare, in un numero limitato di casi, in quanto che le cavie resistono all'infezione

di determinati stipiti di spirocheta; inoltre, il più delle volte, la morte della cavia avviene in un periodo più o meno lungo (5-10 giorni) e spesso quindi contemporanea a quella dell'ammalato, nei casi gravi.

Scopo della presente nota è perciò di esporre alcuni accorgimenti, tendenti a perfezionare l'accertamento diagnostico, in quanto che esso diviene in tal modo precoce, semplice e sicuro. Sono partito dall'osservazione della spirochetosi delle cavie, fatta da oltre due anni per mantenere in vita le colture attraverso le successive inoculazioni, che cioè la spirocheta, appena inoculata nel peritoneo della cavia, passa immediatamente e si moltiplica nel sangue circolante; tale spirochetemia si mantiene inalterata per due-tre giorni; poi i parassiti scompaiono da esso, e si ritrovano in grande numero negli organi interni (fegato); vengono da ultimo eliminate pei reni, dove si ritrovano in grande numero, solo in un secondo periodo dell'infezione. Se infatti si inoculano le orine dell'ammalato di spirochetosi ittero-emorragica, nel periodo colemico, nel peritoneo di una cavia, già dopo 24-48 ore, esaminando il sangue circolante di essa mediante puntura del cuore, si ritrovano le spirochete. Abbiamo in tale maniera un metodo di diagnosi precoce e sicuro, in quanto che è superfluo attendere la morte della cavia, che in alcuni casi può non avvenire, essendo essa, come abbiamo detto, meno recettiva ad alcuni stipiti di spirocheta, patogeni invece per l'uomo.

Ricordo a tale proposito un caso occorso a Roma alla osservazione del prof. A. Zeri, in cui la diagnosi clinica di spirochetosi ittero-emorragica fu confermata, mediante tale metodo di diagnosi precoce, già 48 ore dopo la inoculazione delle urine alla cavia, che resistè egregiamente alla infezione, mentre l'ammalato invece venne a morte pochi giorni dopo.

Altro mezzo di diagnosi, assai meno sicuro e più tardivo, ma che ha il vantaggio di risparmiare la inoculazione alla cavia ove questa non fosse possibile, è la coltivazione dalle orine, col metodo già descritto in una precedente nota (1); questa può tentarsi mediante aggiunta di quattro o cinque centimetri cubi di esse ad altrettanto siero di cavallo diluito al terzo con soluzione fisiologica (servono benissimo allo scopo le fiale per uso terapeutico dell'Istituto Sieroterapico Milanese) il tutto alcalinizzato con carbonato sodico, in una provetta contenente un frammento di tessuto fresco di cavia o di coniglio (fegato, rene, surrene), e ricoperto da circa un cmc. di olio di vasellina, onde ottenere la anaerobiosi: si ha lo sviluppo dei parassiti in 3-5 giorni.

(1) V. VANNI. *Sulla coltivazione della spirocheta ittero-emorragica.* Policlinico, Sez. Pratica, 1924.

Concludendo, ogni volta che si ha il sospetto di trovarsi dinanzi a un caso di spirochetosi itteroemorragica, si inoculano 5 cmc. di orine dell'ammalato nel peritoneo di una cavia di peso medio. Dopo 48 ore si esegue la puntura del cuore, cercando prima col dito il punto di massima intensità dell'itto cardiaco e infiggendo, sulla guida di esso, perpendicolarmente al piano del corpo, l'ago di una siringa del Tursini: poche gocce di sangue che scaturiranno nel lume della siringa saranno sufficienti per la diagnosi: verrà fatta l'osservazione diretta all'ultra-microscopio, o mediante colorazione dei preparati per strisciamento col metodo di Fontana, Leishmann o May-Grunvald-Giemsa.

All'ultra-microscopio apparirà come un filamento assai mobile, provvisto di clave terminali rifrangenti. Per la colorazione dei preparati per strisciamento, il migliore è quello di Fontana semplificato (1) con cui appare colorata in nero colle estremità rigonfiate a clava. Tanto col metodo Leishmann che May-Grunvald-Giemsa, la spirocheta appare come un filamento violetto rossastro piegato a C o ad S, a spire assai serrate e quindi non sempre visibili, spesso disseminato da granuli più intensamente colorati.

Abbiamo visto quindi come, seguendo i suesposti accorgimenti, la diagnosi di spirochetosi ittero-emorragica divenga più sicura e nello stesso tempo precoce. Quest'ultima circostanza è interessante per la terapia, qualunque sia il metodo adoperato, (la sieroterapia sembra la più accreditata) in quanto che essa è efficace solo in un primo tempo prima che le gravi alterazioni epatorenali, che sogliono accompagnare in un secondo tempo l'infezione, abbiano a stabilirsi, frustrando ogni tentativo di terapia.

Al prof. A. Zeri i miei più vivi ringraziamenti per i consigli prodigati nel presente lavoro.

BIBLIOGRAFIA.

C. FRUGONI. *Spirochetosi.* LUSTIG. *Malattie infettive dell'uomo e degli animali.* Vallardi, 1922.

L. MARTIN et A. PETTIT. *Spirochetose ictero-hemorragique.* Paris, Masson 1919.

P. D. SICCARDI. *Sindromi emorragiche ad insorgenza epidemica tra le truppe operanti.* Gazzetta degli Osp. e delle Cliniche, 1916.

(1) *a*) Essiccamento del preparato all'aria;
b) trattamento a caldo, fino a sviluppo di vapori, con tannino al 5 %, per 20 secondi;
c) lavaggio in acqua per 30 secondi;
d) Trattamento a caldo, per 30 secondi, colla seguente soluzione: nitrato d'argento 5, acqua distillata 100, ammoniaca 9.4.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI PIACENZA.

Note tecniche sulla frenicotomia e sulla toracoplastica nella tubercolosi polmonare

per il dott. LIVIO LOSIO, chirurgo primario.

La frenicotomia (o meglio frenico-exeresi, come vuole Sauerbruch) non sostituisce il pneumotorace, nè la toracoplastica extrapleurica. A sua massima difesa Goetze ne ricerca le cause d'insuccesso nella trascuranza del filetto anastomotico del succlavio e di quello del simpatico. Ma all'ottimismo di Goetze non è chi non osservi che la effettuazione esclusiva della paralisi del diaframma, sia pure completa e definitiva, con la più completa ascensione e con i suoi movimenti paradossi, prescinde troppo dalle altre notevoli forze che sono capaci di intrattenere pur sempre un largo valore alla escursione polmonare. Non si esclude, tuttavia, che dopo la frenicotomia si siano avute e si possano avere guarigioni; si dànno casi in cui la modesta operazione crea condizioni dinamiche sufficienti a fornire al paziente l'arma definitiva per vincere la lotta, come vi sono pazienti che non richiedono di più di una ben condotta cura sanatoriale per guarire.

Considerando nelle sue massime esigenze la questione del riposo respiratorio, la frenicotomia consolida un valore importantissimo come ausilio al pneumotorace od alla toracoplastica. Pertanto le indicazioni compendiate da Fischer vanno interpretate così: 1) casi nei quali può bastare la immobilizzazione diaframmatica; 2) casi nei quali, esigendosi il valore massimo del collasso, la associazione della frenicotomia al pneumotorace od alla toracoplastica realizza l'optimum delle condizioni.

In questi ultimi casi vanno tenute presenti alcune circostanze notevoli. La sezione del frenico, se eseguita in precedenza alla toracoplastica, offre diversi vantaggi, e precisamente: quello di saggiare in un primo tempo le resistenze del soggetto; quello, successivo, di spostare gradatamente le condizioni dinamiche dell'emitorace verso gli obbiettivi della toracoplastica, diminuendo di questa la gravità immediata; infine quello di presentare un paziente già migliorato nello stato locale e generale grazie agli effetti conseguiti dalla immobilizzazione diaframmatica. Qui ricordo pure la questione del valore diagnostico, nel quale Fischer trova giustificato motivo per stabilire un'altra precisa indicazione per la frenicotomia; sta il fatto — come rileva Carpi — che una riduzione preparatoria della funzionalità polmonare stimola una iperfunzione dell'altro lato e permette un saggio preventivo della capacità al compenso funzionale.

Resezione del frenico, dunque, in un primo periodo e toracoplastica in un secondo: è la formula operativa di massima, che solo in qualche caso fortunato potrà ridursi unicamente al primo tempo. La opportunità della precedenza della resezione frenica non dovrebbe essere discutibile: il mio assolutismo al riguardo trae motivo, non puramente da ragioni induttive, ma altresì dalla pratica che ebbi occasione di fare per invito del Morelli di Pavia che volle richiedere la mia opera sopra parecchi suoi ammalati. Di questi casi il Morelli ha dato relazione all'ultimo Congresso di Medicina interna.

Ho più sopra ricordato la designazione di Sauerbruch: exeresi. La preferenza per la resezione sulla semplice neurotomia è largamente accolta e condivisa. Con la semplice frenicotomia può non raggiungersi la paralisi completa del diaframma: ne sono causa le numerose anomalie — recentemente ben ricercate da Willy Felix — che riguardano il nervo, varietà di origine, varietà nella anastomosi con il succlavio. Con il frenico, dunque, devesi interrompere l'anastomosi del succlavio e, possibilmente — come vuole Goetze — interrompere il piccolo filetto del simpatico.

Occorre pertanto una esposizione chiara della regione: è questa una premessa sostanziale di tecnica. Io ho trovato sempre giovevole, e l'ho sempre usata, la incisione angolare che Marcellino Duval consigliava per arrivare alla porzione mesoscalenica della succlavia, incisione simile a quella di Mott per l'allacciatura della prima porzione della succlavia, ma un poco più breve, ed interessante solo il fascio clavicolare dello sternocleido-mastoideo. Si riconosca sempre l'omoplatajoideo, e si dirigano le ricerche nello spazio segnato dal trigono omo-clavicolare, anche in quei casi in cui, decorrendo il muscolo molto basso, il trigono non appare quasi più. Si deve scoprire il nervo nel suo ultimo tratto di percorso sulla faccia anteriore del muscolo scaleno, e di là seguirlo mentre scende avvicinandosi al margine interno del muscolo stesso fino alla sua estremità tendinea. È qui dove il gracile nervo del succlavio si accosta e raggiunge la faccia dello scaleno prima di decidersi nel ramo anastomotico e nel ramo muscolare; ed è qui dove esso può essere riconosciuto. Durante le ricerche rispettare l'arteria cervicale trasversa che incrocia in avanti il frenico alquanto sopra la inserzione dello scaleno. Lo pneumogastrico sarà riconosciuto dai suoi particolari rapporti.

Senonchè, vuoi per le varietà anatomiche molteplici di decorso, vuoi per la normale gracilità,

il nervo del succlavio può sfuggire al riconoscimento. Non è necessario ostinarsi allora in ricerche insistenti che potrebbero esporre a lesioni vasali importanti, o ad offese (meno colpevoli in queste contingenze specifiche, ma pur sempre errori tecnici) della pleura apicale. Si arriverà ugualmente alla interruzione delle anastomosi comportandosi nel seguente modo. Riconosciuto sulla faccia anteriore del muscolo il nervo frenico, si seziona; il capo periferico viene inseguito, come ho detto sopra; quindi lo si afferra molto in basso con una pinza emostatica di Péan e gli si imprimono movimenti di torsione e contemporanee moderate trazioni. Le esili anastomosi cedono facilmente mentre il segmento torto si strappa all'ingresso toracico.

Un controllo radioscopico immediato della ottenuta paralisi è sempre consigliabile.

Se nel considerare la combinazione frenicotomia-toracoplastica extrapleurica noi ci riportassimo ai valori attribuiti alla frenicotomia da Goetze e Fischer, dovremmo concludere che la exeresi frenica sia per confortare una notevole economia nella demolizione toracica. Ma non deve essere così. La toracoplastica extrapleurica deve conservare sempre il suo significato di toracectomia larga, la più larga possibile, onde ottenere il maggior accasciamento della parete e ridurre, di conseguenza, al minimo la mobilità e la circolazione polmonare.

E sarà alla toracectomia secondo Sauerbruch mantenuta la preferenza. Toracectomia in un solo tempo, in due tempi, in tre tempi, magari, a seconda dei casi: lo dirà lo stato del paziente. È fuor di luogo, parmi, la difesa del principio della operazione estesa in un tempo, caldeggiata anche recentemente da Guilleminet. Io ebbi occasione di operare in tutte tre le condizioni di tempo: me ne trovai soddisfatto sempre, nè ebbi mai a dover urtare contro serii ostacoli per guadagnare la convinzione del malato. In due casi, anzi, feci ancora di più: dopo aver eseguita la operazione secondo Sauerbruch in tre tempi, parendo al Morelli che anteriormente la immobilizzazione polmonare non fosse soddistacentemente raggiunta, operai come complemento la resezione segmentaria anteriore della 2ª, 3ª, 4ª e 5ª. Ed erano questi i malati più gravi fra quelli venuti al tavolo operatorio.

La tecnica della toracoplastica extrapleurica è così nota e ben regolata nelle sue linee fondamentali che è superfluo il richiamarle. Ma non è superfluo invece soffermarsi sopra qualche particolare: e cioè la scopertura della prima costa, il trattamento del periostio, la conservazione dei muscoli intercostali, dei nervi e — più che sia possibile — dei vasi.

La scopertura della prima costa esige dello spazio: è peccato di tecnica generale ostinarsi in uno spazio angusto se non vi sono ragioni di rispetto di organi od elementi speciali. E queste ragioni qui non sussistono. Si sezioni largamente il trapezio, si disgiunga il romboide, si intacchi l'angolare della scapola, anche, se occorresse. Può facilitare la bisogna una incisione complementare lateralizzata, prossima e parallela ai fasci marginali del trapezio. Si incontreranno, si sezioneranno, si allacceranno due rami arteriosi, branche della cervicale superficiale e della trasversa del collo. Uncinando l'angolo superiore della incisione così creata si mettono in evidenza, con la prima costa, l'inserzione dello scaleno posteriore, lo scaleno stesso che si tende a protezione del plesso nervoso e della succlavia. Una ben fatta sutura riparerà infine alla larga dieresi. Va ricordato ancora che la resezione della 2ª e 3ª costa facilitano le manovre per la resezione della prima.

Circa il trattamento del periostio, ancora recentemente Madinier e Bérard insistevano per la resezione sottoperiostea. Ma perchè, domando io, esporsi al rifacimento di una rigidità toracica, che non tarderebbe che pochi mesi a compiersi? E perchè rinunciare fors'anche a qualche parte degli effetti utili immediati conservando il periostio, lamina poco elastica che potrebbe opporre resistenza all'accasciamento mentre si tende fra i due monconi di sezione costale? Per il problematico pericolo di una ernia polmonare? Questa non sarà possibile, per le stesse ragioni di differenza di pressione endo- ed extratoracica che si vuole utilizzare mediante la demolizione scheletrica. D'altronde sarebbe già buona difesa, e sufficiente, la conservazione dei muscoli intercostali.

Abolizione, adunque, del periostio: dovrebbe essere la regola. Ed io mi ci sono attenuto sempre quanto meglio potetti, superando Nyström di Stoccolma che si accontenta di resecare, con le coste, il periostio parzialmente. La ablazione del periostio con la costa non comporta, d'altronde, maggior impiego di tempo; nè espone a lesioni viscerali, chè si opera in queste condizioni: sinfisi pleurica e — quasi regolarmente — ispessimento pleurico. E si aggiunga che, nella gran parte dei casi è tutt'altro che difficile lo scollamento periosteo-pleurico.

Si conservino invece muscoli, nervi e — più che sia possibile — vasi intercostali: a meno che la necessità di resecarli proceda dalla esistenza di lesioni di natura infiammatoria (Sauerbruch), caso questo eccezionale. I muscoli privati delle loro inserzioni costali si addossano su se stessi concorrendo — forse con effetto attivo, sia pur modesto — alla riduzione della capacità toracica.

Purchè sia rispettata la loro innervazione. La sezione dei nervi, d'altronde, comporterebbe l'anestesia di tutto l'emitorace e della parte superiore dell'addome, anestesia che solo nel corso di qualche mese potrebbe essere compensata. Se, dunque, ragioni impellenti non giustificano il disinteresse per i nervi, essi devonsi rispettare, anche se si sappia che il 7°, 8°, 9e forniscono normalmente esili rami al diaframma, raggiungendolo, e fermandosi, alla sua porzione marginale: è questa innervazione un elemento fisiologico troppo modesto perchè valga la pena di tenerne conto.

Richiamati così i punti ancora un poco in discussione sulle questioni tecniche della frenicotomia e della toracoplastica extrapleurica, aggiungerò che si conviene per l'anestesia tenersi fedeli alla anestesia locale con novocaina. Sono convinto che anche ad essa debba riportarsi un merito nei migliori successi.

BIBLIOGRAFIA.

SAUERBRUCH. Münchener Med. Wochenschr., 1° giugno 1923.
GOETZE. Archiv für Klinische Chirurgie, 14 dicembre 1922.
FISCHER. Klinische Wochenschrift, 1923, n. 12.
CARPI. Policlinico, Sez. Pratica, 17 dicembre 1923.
GUILLEMINET. *Tecnique, indications et valeur de la thoracoplastie extrapleurale dans la tub. pulm.* Thèse de doctorat, Lyon, 1923.
MADINIER. *La thoracoplastie extrapleurale dans le traitement de la tub. pulm.* Masson, Paris, 1922.
BÉRARD. Journal de Chirurgie, t. XXII, n. 1, settemb. 1923.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CESENA.

Focolai di amebiasi in Romagna.

Prof. EMANUELE MONDOLFO, primario e docente.

Nel corso di pochi mesi, fra l'autunno del 1923 e l'inizio dell'inverno, si verificarono in Cesena e nelle circostanti borgate alcuni casi di dissenteria amebica con manifestazioni epidemiche famiiliari, intorno ai quali ebbi occasione di riferire alla Società Medico-Chirurgica della Romagna (28 settembre 1924).

I primi casi da me osservati si riferiscono a due giovinetti, fratello e sorella, abitanti in Cesena nel quartiere di S. Rocco.

Un altro focolaio si verificò a quattro chilometri da Cesena, in località detta Rio Marano, ove ammalarono oltre una diecina di individui, fra adulti e bambini.

Tutti questi casi hanno storie cliniche molto simili: inizio della malattia brusco con diarrea intensa caratterizzata da scariche muco-sanguinolente con tenesmo rettale.

Ribelle ai comuni rimedî astringenti, la diarrea si fa più moderata dopo qualche settimana, perde talora i tipici caratteri della dissenteria, assumendo forma e decorso di una enterocolite volgare.

Pur tuttavia, di quando in quando, si manifestano segni di riacutizzazione del processo morboso, con ricomparsa allora di muco e di sangue nelle deiezioni.

All'esame microscopico delle feci di questi pazienti io potei osservare, spesso fin dalla prima ricerca, talvolta dopo osservazioni ripetute, forme amebiche con endoplasma ben differenziato dall'ectoplasma, di regola assai numerose, dotate di spiccata mobilità, contenenti residui cellulari ed eritrociti.

In un caso notai l'associazione della ameba con un flagellato, il Cercomonas hominis (osservazione 2a).

La sierodiagnosi risultò costantemente negativa per i bacilli tipo Shiga e Flexner.

La cura consistette nella somministrazione del cloridrato di emetina per via intramuscolare alla dose di 4-8 ctgr. pro die (dose globale 0,40-0,60). Contemporaneamente praticavansi copiosi enteroclismi mediante una soluzione 1:1000 di bicloridrato di chinino.

Già fin dal 3°-4° giorno del trattamento notai la scomparsa delle amebe dalle feci, e, al tempo stesso, una rapida regressione dei fenomeni morbosi: la diarrea perdeva il carattere sanguinolento, cessava il tenesmo, le scariche alvine si facevan più rare, fino ad acquistare frequenza ed aspetto normali. La guarigione fu rapida: non si ebbero recidive.

*
* *

Non starò qui ad intrattenermi intorno alle osservazioni da me registrate ambulatoriamente; riferirò soltanto tre casi tipici di cui mi fu dato seguire in Ospedale il decorso, e nei quali mi fu possibile praticare esatte ricerche di laboratorio.

Eccone, brevemente riassunte, le storie cliniche:

OSSERVAZIONE I. — Giuseppe M..., di anni 11, di Cesena; entra in Ospedale il 26 dicembre 1923. Non ha precedenti morbosi degni di nota nè ereditari nè personali, se si eccettui l'ernia inguinale bilaterale per cui subì due interventi chirurgici.

Da due mesi il paziente ha diarrea, con numerose scariche muco-sanguinolente accompagnate da moderato tenesmo rettale.

Una sorella dell'infermo presenta attualmente una identica sindrome morbosa.

All'esame generale dell'ammalato si rileva micropoliadenia cervicale ed abito adenoideo. Non esiste febbre.

L'addome è alquanto teso e meteorico, indolente alla palpazione. Fegato e milza in limiti normali.

Nessun rilievo importante all'esame fisico degli organi del torace. Le urine non contengono albumina nè glucosio nè pigmenti biliari. Nelle feci si riscontrano numerose *amebe dissenteriche* ed uova di tricocefalo.

Il 30 dicembre si inizia la cura con l'emetina. Si iniettano progressivamente da 4 a 6 ctgr. di cloridrato di emetina pro die, per 7 giorni consecutivi; indi si somministra per os l'ipecacuana con calomelano ed oppio (pillole di Ségond).

Fino dai primissimi giorni di cura si notò una rapida regressione dei descritti fenomeni morbosi, e cioè diminuzione del numero delle scariche alvine, attenuazione del tenesmo rettale; indi una sola evacuazione giornaliera con feci formate.

L'esame coprologico, eseguito il 4 gennaio (cioè al 5° giorno di cura), dimostrò la completa scomparsa dei parassiti; e gli esami successivi resultarono sempre negativi.

Il ragazzo, perfettamente guarito, usciva dall'Ospedale il 14 gennaio 1924.

OSSERVAZIONE II. — Vitalina C..., di anni 27, di Cesena, operaia. Precedenti ereditari e personali negativi; maritata, con prole sana.

La malattia per la quale la paziente è ricoverata in Ospedale, il 4 febbraio 1924, ebbe inizio cinque mesi innanzi con violenta e persistente diarrea a tipo dissenteriforme.

È da notare che, nell'agosto del 1922, una nipotina della nostra inferma presentò per circa 50 giorni una identica fenomenologia morbosa; e lo stesso dicasi di una bambina della paziente stessa, la quale per un periodo di circa due mesi (marzo-aprile 1923) ebbe una grave forma dissenterica.

Inoltre, nell'agosto del 1923, si verificarono sintomi dissenterici in tre bambini appartenenti alla famiglia della nostra inferma, in località detta Rio Marano: località ove spesso ella recavasi allo scopo di aiutare i parenti nei lavori campestri. Ed in quello stesso periodo di tempo, in altri bambini abitanti in case vicine, furono osservati casi di diarrea dissenteriforme.

Nel settembre, come già fu detto, la nostra paziente ammalò essa pure. Da allora in poi, fino al momento del suo ingresso in Ospedale, non si allontanò dalla propria abitazione (Ponte Abadesse). Non risulta che in tale zona si siano verificati casi analoghi.

Stato presente. Donna di robusta costituzione, ma alquanto deperita; pallore del volto e delle mucose. Temperatura apiretica. Apparato linfatico-ghiandolare integro.

Nulla di particolare notasi all'esame fisico degli organi del torace.

L'appetito è scarso. L'addome è leggermente tumido, dolorabile alla palpazione, meteorico. Esiste diarrea muco-sanguinolenta (4-9 scariche al giorno), con spiccato tenesmo.

Fegato e milza nei limiti normali.

Peso del corpo: kg. 56.

Esame delle urine: negativo per albumina, zucchero e pigmenti biliari.

Esame del sangue: anisocitosi, poichilocitosi, policromatofilia.

Globuli rossi 3.200.000; globuli bianchi 8.000; emoglobina 60; valore globulare 0.93

Formula leucocitaria: polinucleari neutrofili 35; eosinofili 13; mononucleari grandi e medi 30; linfociti 20; forme di passaggio 2.

Esame delle feci: feci liquide, contenenti notevole quantità di sangue commisto a muco; odore fetidissimo.

All'esame microscopico del muco si notano emazie e corpuscoli purulenti in grande quantità, nonchè parecchie amebe animate da movimenti assai vivaci, alcune delle quali contenenti eritrociti.

Si nota inoltre la presenza di un flagellato che si identifica per il cercomonas hominis (Davaine). Uova di ascaridi e di tricocefali.

Sierodiagnosi per i bacilli dissenterici Shiga e Flexner negativa.

Decorso: si inizia la cura con iniezioni di cloridrato di emetina (6-8 ctgr. pro die) e con enteroclismi giornalieri di soluzione di bicloridrato di chinino 1:1000. Si associano iniezioni ferro-arsenicali.

Già al 4° giorno di cura la diarrea è scomparsa. Le feci incominciano ad essere formate, ed all'esame microscopico non si riscontrano più amebe nè forme di flagellati.

I successivi esami delle feci riescono costantemente negativi. Il peso corporeo sale a kg. 62,500 (18 marzo). L'esame del sangue dà:

Globuli rossi 5.500.000; globuli bianchi 11.000; emoglobina 75; valore globulare 0.68.

L'ammalata esce dall'Ospedale guarita il 22 marzo.

OSSERVAZIONE III. — Jolanda M..., di anni 18, di Cesena. Un fratello della paziente è stato già ricoverato in questo Ospedale per dissenteria amebica (v. Osservazione I).

L'ammalata ebbe un primo attacco di enterite dissenteriforme nel settembre 1923, dopo di che parve guarita.

Curata a domicilio con iniezioni di emetina, ebbe un periodo di circa un mese di completo benessere; indi ripresa dei fenomeni dissenterici, con alternative di miglioramento e di esacerbazione, dei sintomi. Entra in Ospedale il 24 marzo 1924.

Stato presente. Ragazza di robusta costituzione; lieve pallore della cute e delle mucose. Integro l'apparecchio linfatico-ghiandolare. Negativo l'esame generale. Urine normali.

Ha in media 5-6 scariche diarroiche al giorno, con emissione di feci muco-sanguinolente e con spiccato tenesmo rettale.

I primi due esami microscopici delle feci riescono negativi. Un terzo esame fa riconoscere amebe dissenteriche in grande quantità, aventi gli stessi caratteri morfologici rilevati nelle due precedenti osservazioni.

Esame del sangue: globuli rossi 5.400.000; globuli bianchi 5.000; emoglobina 75; valore globulare 0.69.

Formula leucocitaria: leucociti neutrofili 55; leucociti eosinofili 13; linfociti 17; menonucleari (grandi e medi) 14; forme di passaggio 1.

Decorso. Al quinto giorno di cura con l'emetina (8 ctgr. pro die) si ha la scomparsa delle amebe dalle feci. *Esito*: Guarigione.

*
* *

Che, almeno nelle tre osservazioni riferite, si trattasse realmente di dissenteria amebica, non parmi vi sia alcun dubbio: lo dimostrano a sufficienza il reperto delle amebe con i caratteri pro-

pri dell'Entamoeba histolytica, i risultati costantemente negativi della sierodiagnosi pei bacilli di Shiga e di Flexner, ed infine la sorprendente rapidità con cui si verificò la guarigione sotto l'influenza del trattamento specifico.

Nulla, per vero, si può affermare di certo circa la natura degli altri casi di enterite dissenteriforme, verificatisi nel medesimo periodo di tempo e nelle stesse località donde pervenivano i miei ammalati. Ma, dati i rapporti di vicinanza e di stretta convivenza di quelli con questi, data l'identica sintomatologia clinica, è logico ammettere una causa morbosa univoca.

I casi riferiti sembrano a me non privi di qualche interesse, in quanto avvalorano l'opinione di coloro che sostengono la esistenza di un'amebiasi nostrana, autoctona, etiologicamente identica od affine alla dissenteria tropicale (Boeri, Izar, Franchini, Gioseffi, Pontano, ecc.).

Negata dal Casagrandi, anche in una recente adunanza della Società Medica di Roma, la dissenteria amebica nostrana fu invece calorosamente affermata da Pontano, il quale pubblicava dipoi una pregevole monografia, contenente i risultati di ben sette anni di studio con 150 personali osservazioni (Pontano. *L'Amebiasi intestinale in Italia;* « Policlinico », Sez. Med., fasc. 8, 1924).

Ed è nota la polemica sostenuta fra lo stesso Casagrandi ed il Franchini, il quale dimostrò parecchi casi di amebiasi in varî comuni del bolognese e del ferrarese.

Le mie osservazioni, per vero non ancora molto numerose, attestano peraltro che la Romagna non è immune dalla dissenteria amebica. Ed io penso che anche qui, come in altre regioni d'Italia, osservazioni consimili si moltiplicheranno, se un'assidua vigilanza igienica e sopratutto una attiva collaborazione fra ufficiali sanitari e medici pratici varranno a segnalare ogni focolaio d'infezione; se da questi ultimi in ispecial modo sarà curato l'invio dei casi sospetti nelle cliniche e negli ospedali, là dove soltanto è possibile, con l'accertamento diagnostico, una efficace terapia.

Cesena, 15 ottobre 1924.

CONFERENZE.

Sullo stato attuale della vaccinazione preventiva dell'uomo contro la tubercolosi.

Rapporto del prof. E. MARAGLIANO al XXX Congresso di Medicina interna. — Milano, 1924.

Scopo di questo mio rapporto è quello di esporvi brevemente a quale punto sia giunta oggi la questione della *Vaccinazione preventiva dell'uomo contro le malattie da infezione tubercolare.* Credo inutile risalire ai precedenti di questo argomento da quando, come è noto, prima nel 1903 al Congresso di Medicina interna a Padova, affermai che era possibile praticare una vaccinazione siffatta ed annunciai di averla praticata esponendone le modalità relative: da quando al Congresso Internazionale della tubercolosi in Roma nel 1912 ne trattai diffusamente: da quando nel 1922 a Napoli ne dissi come relatore, in seno al nostro XXVII Congresso.

Dal 1922 ad oggi, la questione di queste vaccinazioni, che in sostanza sono modalità di immunizzazione antitubercolare, fu oggetto ancora per parte di vari osservatori di nuove ricerche.

È quindi opportuno constatare fin dove oggi siasi giunti, in questo argomento di tanta portata scientifica e sociale. Quattro sono i punti da esaminarsi, cioè:

1) L'attendibilità del proposito di vaccinare;
2) Il materiale preferibile per attuarlo;
3) Le modalità per praticare la vaccinazione;
4) Le applicazioni pratiche fattene.

L'attendibilità del proposito di premunire l'uomo dalla tubercolosi, mercè una vaccinazione è ormai in modo largo confermata. Da quando un oppositore della prima ora e poi convertito alla nuova verità, Calmette nel 1922, scrisse: *L'infezione tubercolare è così comunemente diffusa che difficilmente si può sperare di limitarla prima di estinguerla dopo, se non si ricorre ad una vaccinazione di tutti gli uomini e di tutti gli animali tubercolizzabili*: da quando il prof. Shiga a Tokio ha scritto: *una vaccinazione preventiva dell'uomo per la tubercolosi può impedire lo scoppio della bacillosi ed è un fattore importante per l'igiene pubblica*: il numero dei convertiti si moltiplicò ed oggi sono molti quelli che attuano una vaccinazione preventiva antitubercolare. La attuano, fra gli altri, e la propugnano come risulta da recenti pubblicazioni, Ferran in Spagna, Pondorff in Germania, Calmette per quanto timidamente in Francia, dove più largamente e prima di lui e da più anni fu praticata nel dipartimento di Lione da parecchi osservatori ed è praticata da molti nell'America del Nord.

Oggi dunque puossi affermare che si riconosce non solo la possibilità di tali vaccinazioni preventive, ma si propugnano con fede e perseveranza.

Si ha invece differenza di opinioni sul materiale da usarsi per vaccinare.

Come è noto io proposi ed usai materiale tubercolare morto, tale, quindi, che dà la sicurezza inoppugnabile, che il vaccino non potrà mai, in alcun modo, infettare l'organismo vaccinato.

Esso, come risulta in dettaglio dalle mie pubblicazioni, è composto da bacilli morti ed uccisi col calore. Alcuni batteriologi e fra questi con maggiore insistenza e dirò anzi con accanimento Calmette, combatterono i bacilli morti. Si ammette, bensì, che essi creino produzione di anticorpi specifici ma in misura limitata, perchè il calore deprimerebbe la potenza antigena del protoplasma bacillare per cui essi preferiscono bacilli vivi. A questo punto è anzitutto opportuno ricordare che esperienze antiche (Prudden, Hoddenpyl, Strauss, Gamaleia) mai contradette, hanno dimostrato che i bacilli morti posseggono le proprietà patogene medesime dei bacilli vivi e virulenti, dai quali differiscono solo per la incapacità di proliferare e riprodursi.

Ed è anche opportuno ricordare un altro fatto universalmente ammesso: che gli antigeni troppo violenti, deprimono a vece di favorire la produzione dei materiali difensivi, e quindi l'attività del movimento immunitario, che a prodursi ha bisogno non solo di un'antigene ma pur anco della capacità reattiva del terreno organico. Ma venendo alle asserzioni di Calmette, dobbiamo chiederci: quali sono le esperienze serie probative della asserita incapacità dei cadaveri bacillari a determinare una sufficiente produzione di anticorpi che, prescindendo da tutte le questioni accessorie, devono ritenersi indici esponenti del movimento immunitario?

Calmette in forma che si potrebbe dire dittatoriale, sentenzia senza dare dimostrazioni obbiettive convincenti, e non può presentarle, perchè sarebbero necessari termini di confronto che egli non ha e non hanno i suoi assertori.

Ma si ha di più.

Prima di lui altri hanno negato ai bacilli morti la proprietà di creare anticorpi, e fra questi, Behring. Ma Behring che non si impuntava mai e correggeva onestamente se stesso, quando ulteriori indagini lo rendevano necessario, finì col riconoscere ai cadaveri bacillari questa proprietà. E venne poi Gengou il quale scrisse dopo ricerche in proposito: *che i bacilli umani morti uccisi col calore provocano la produzione di anticorpi mentre non la producono se vivi.* Che più? Un osservatore francese, Boquet, in base a ricerche fatte nell'Istituto Pasteur, e proprio in un Laboratorio diretto da Calmette, trovò che i b. t. uccisi col calore a 120° posseggono nell'animale vivo e sano il *potere antigeno più elevato* e determinano la più *ricca produzione di anticorpi.* (Comp.-Rend. Société Biologie, n. 12, 1922).

E quello che videro Behring, Gengou e Boquet lo videro molti altri e aggiungo che di questi giorni Morpurgo comuncò alla Accademia di Medicina di Torino che cavie da lui *trattate con bacilli uccisi col calore,* infettate con germi vivi e virulenti della medesima specie, che uccisero i controllo, risultarono immuni.

È un punto questo dei B. morti che ha bisogno di essere bene sviscerato, perchè di valore fondamentale. A tale uopo ricorderò che noi, io ed i miei collaboratori, abbiamo sviscerato in tutti i sensi l'argomento con una serie di ricerche omai nota. Abbiamo provato che i bacilli morti da noi usati, avevano la capacità di uccidere gli animali di esperimento sani, abbiamo provato che i bacilli morti inoculati agli animali in piccole proporzioni svegliavano in essi un manifesto movimento immunitario, abbiamo indagato giorno per giorno le stigmate di questo movimento immunitario per mezzo della ricerca metodica degli anticorpi coi procedimenti consueti di laboratorio: E quando la curva degli anticorpi toccava il suo massimo, infettavamo gli animali vaccinati con bacilli vivi e virulenti, che uccidevano i controlli, mentre essi sopravviveno. Ed abbiamo dimostrato poi che nell'uomo vaccinato, avveniva un analogo movimento immunitario.

Questo abbiamo fatto, abbiamo ripetutamente pubblicato, questo dissi dettagliatamente a Roma in occasione del Congresso di Medicina Interna, nel 1912, presente Calmette. Ed innanzi a tutti i fatti messi in evidenza da noi e da altri, come puossi accettare la sentenza dittatoria colla quale si vorrebbe distruggerli di colpo? Debbo ora aggiungere che in quest'anno applicando l'enzimoreazione abbiamo veduto che nel siero del sangue di animali e di soggetti vaccinati si potevano dimostrare ricchezze di materiali immuni: prova anche questa della creazione, in seguito alla vaccinazione di un movimento difensivo in seno all'organismo.

Dopo ciò procediamo nella nostra rivista storica. Much nei suoi esperimenti di immunizzazione usò materiali bacillari morti consistenti in veleni bacillari.

Pondorff pratica la vaccinazione preventiva con emulsione di bacilli morti mescolati alla vecchia tubercolina di Koch concentrata: tutti materiali morti questi e materiali morti usarono anche molti altri che dopo di me in vari paesi, hanno intrapresa la vaccinazione preventiva.

Petroff nello scorso anno in una prima comunicazione di sue esperienze sulla immunità tubercolare, riferisce di avere constatato l'azione immunizzante dei bacilli morti e di avere comparativamente a bacilli attenuati veduto che i bacilli *vivi*, ma attenuati, non danno che effetti deboli ed inconcludenti. (La nota di Petroff è pubblicata nella relazione annuale 1923: Trudean-Sanatorium). Morpurgo, come già ho detto, nei suoi esperimenti di immunizzazione usa con successo bacilli morti. E faccio punto sulle citazioni, limitandomi così ai lavori di questi ultimi due anni, perchè altrimenti dovrei prolungare le citazioni all'infinito.

Altri tentando la vaccinazione preventiva sempre dopo di me, hanno usato bacilli attenuati in vario modo e con diversi procedimenti nella convinzione che fossero preferibili ai morti, ma incapaci di riprodursi nell'organismo e quindi incapaci di infettare. È un materiale questo che sveglia diffidenza ragionevolmente, dopo le conclusioni della Commissione Inglese, la quale trovò che i bacilli, per quanto attenuati, sono sempre capaci di riprendere nel mezzo organico la loro virulenza.

Nel novero dei bacilli attenuati usato per vaccinazione preventiva, vi è il bacillo Alfa di Ferran, col quale Ferran compose un vaccino che applicò, come risulta da recenti sue pubblicazioni, alla vaccinazione preventiva dell'uomo e sopra migliaia di soggetti.

Di questi giorni Calmette ha proposto un nuovo bacillo attenuato quale mezzo vaccinante dell'uomo: il suo bacillo biliato. Come appare dalla recente sua nota (*Presse Medicale* 2 luglio 1924) si tratta di un bacillo bovino coltivato per 13 anni in 230 trapassi, in bile di bue; una serie di culture ininterrotte. Questo bacillo, secondo Calmette, è inoffensivo inquantochè non è tubercoligeno, cioè non è capace di provocare la formazione di tubercoli sia per inoculazione intravenosa sia per ingestione, sia per inoculazione intraperitoneale o sottocutanea. Qui è opportuno ricordare che l'infezione tubercolare può essere attiva anche senza formazione di tubercoli. Questo bacillo, incapace di creare tubercoli sarebbe ricco di veleni tubercolari, ed inoculato in organismi indenni di ogni infezione tubercolare, conferirebbe ad essi l'immunità.

Già da più anni Calmette diceva, spesso, della azione attenuante del mezzo biliare sul bacillo tubercolare ma sempre in modo dubitativo, ora in questa nota ne fa in modo reciso il lanciamento. Siamo così innanzi all'annuncio di un bacillo provvisto di proprietà eccezionali. È il secondo bacillo nobile che si riscontra nella storia della tubercolosi. Il primo è quello famoso di Behring, anche quello uscito da una serie di centinaia di culture — del quale, dopo l'annuncio, Behring non parlò più mai.

Anche qui siamo innanzi ad una quistione di autorità perchè è in base a pura fede che un credente può accettare le conclusioni di Calmette, dal momento che chi volesse controllare dovrebbe anzitutto prepararsi questo bacillo speciale attraverso un lavoro di 13 anni e più. Ma in sostanza questo bacillo accettando le conclusioni di Calmette, avrebbe le medesime proprietà dei morti, essendo come essi ricco in veleni, come essi inoffensivo, come essi capace di determinare la produzione di anticorpi dimostrati col metodo di Bordet-Gengou: metodo col quale anche noi abbiamo dimostrato la produzione di anticorpi, innanzi ai bacilli morti. E poichè da più parti si conviene, malgrado i dinieghi di Calmette che i bacilli morti creano anticorpi meglio dei vivi, la virtù di questo bacillo biliato sarebbe analoga a quella dei morti, che a parità di risultati, danno la sicurezza di una innocuità indiscussa che il bacillo di Calmette deve ancora procurarsi.

Di altri materiali vaccinanti, non mi consta che in questi due ultimi anni siasi data notizia, nè di nuovi esperimenti di vaccinazione preventiva fatta con bacilli vivi ed in pienezza di vita, come erano stati fatti negli anni precedenti, specie nell'America del Nord.

Oggi dunque i due materiali vaccinanti proposti ed usabili sono i bacilli morti applicati primamente da me e poi da molti altri ed i bacilli attenuati, quello Alfa di Ferran, che finora sarebbe incontrollabile e quello biliato di Calmette, oggi anche incontrollabile allo stato di fatto.

*
* *

Passiamo ora al metodo di inoculazione. Sopra questo punto non vi è controversia. Io ho attuato il metodo cutaneo — procedimento Jenneriano — per ragioni da me già date: cioè col proposito di avere dalla cute la elaborazione dei cadaveri bacillari inoculati ed il versamento via via nel torrente circolatorio di antigeni e la lenta produzione di anticorpi. Il passaggio, da noi dimostrato dopo la vaccinazione degli antigeni in circolo ed il contemporaneo manifestarsi degli anticorpi provano la esattezza della nostra concezione e la riconferma della dimostrazione pure fatta da noi microscopicamente, della distruzione entro la cute dei bacilli inoculati. Questo metodo da noi usato fin dal 1903, ha ricevuto di questi ultimi anni nuova conferma, per quanto indiretta, dagli studi sulla partecipazione della cute nella elaborazione dei materiali immunitari. Tutte le preparazioni a scopo industriale messe in commercio di materiali antigeni da usarsi per fri-

zioni sulla cute, sono tutte applicazioni e copie del metodo nostro.

Pondorff usa il suo vaccino, che come dissi è una copia del nostro, come lo usiamo noi, copiando il metodo cutaneo da noi prima iniziato.

Calmette nella sua nota dice che nei bambini ha usato la via digerente, facendo ingerire ad essi i bacilli biliati. Qui credo opportuno ricordare fra parentesi, che, primamente la possibilità di utilizzare le vie digerenti per la introduzione degli antigeni tubercolari a scopo immunizzante, fu da noi dimostrata molti anni addietro, quando si negava ostinatamente, perchè si affermava che il mezzo gastrico li alterava e li rendeva inutilizzabili. Poco a poco parecchi osservatori e fra questi Calmette trovarono che la via gastrica era utilizzabile senza ricordare, si intende, l'ôpera nostra che aveva insegnata questa verità.

Anche gli animali furono da Calmette inoculati per le vie digerenti. Questa via, ha però lo svantaggio di non utilizzare il concorso della cute, come lo utilizza il nostro procedimento.

È ora opportuno vedere quello che fino ad ora si può dedurre dalla vaccinazione a scopo preventivo, coi metodi seguiti dai vari sperimentatori.

Dei risultati avuti da Ferran nulla si conosce. Egli dice di avere applicata la vaccinazione col suo bacillo Alfa in migliaia di persone ma nulla riferisce, per quanto mi consta, sugli esiti da lui veduti.

Calmette nella citata sua nota del 2 luglio, riferisce quanto ha veduto colla vaccinazione col bacillo biliato negli animali e nei bambini.

Per quel che riguarda gli animali egli ha sperimentato anzitutto sui bovini, in località dove infieriva fra di essi la tubercolosi, vaccinando gli animali nei primi quindici giorni di loro vita. I bovini da lui così vaccinati furono 127 e fino ad ora, per quanto rimasti negli ambienti infetti e quinali esposti alla contaminazione naturale, come egli assevera, non presentano segni di malattia tubercolare. Sulle scimmie furono fatti esperimenti colla vaccinazione controllata per mezzo di infezioni sperimentali. Gli animali vaccinati hanno, egli riferisce, resistito alla infezione, mentre i testimoni sono morti.

I bambini vaccinati colla ingestione dei bacilli biliati furono 217 nei primi nove giorni di vita. Di questi ne furono seguiti 178: nove (5 %) sono morti nei 18 primi mesi di vita e solo in tre di essi fu accertata la causa della morte. In due si trattò di broncopolmonite, in uno di perturbamenti gastrointestinali.

Calmette non riferisce nulla sopra indagini eventualmente praticate per appurare possibilmente, se il momento patogenetico era tubercolare. Calmette ha ricercato in 53 di questi bambini la cutireazione, prendendola quale dimostrazione di movimento immunitario creatosi nell'organismo vaccinato. Ebbene nell'87 % ebbe risultato negativo e solo nell'11. 3 % ebbe risultato positivo.

I risultati delle nostre osservazioni col metodo nostro furono da noi da più anni pubblicati e non è il momento di ripeterli analiticamente. Ricorderò solo che negli animali cavie, conigli, bovini, scimmie, equini, si è veduto che i vaccinati resistevano alle infezioni sperimentali che uccidevano i controlli: ricorderò che i soggetti di tutte le età vaccinati furono migliaia, che quelli i quali poterono essere seguiti, si mantennero immuni e si è potuto dimostrare in essi la persistenza delle stigmate immunitarie. La vaccinazione si è mostrata in tutti innocua. In questi due anni da noi nella nostra Clinica ed in varie parti d'Italia si è continuato a vaccinare, coi medesimi rilievi.

Riassumendo:

possiamo dire che oggi una vaccinazione preventiva dell'uomo contro la tubercolosi è ritenuta necessaria, possibile, scientificamente basata ed attuabile; che le ragioni sperimentali e scientifiche di essa la fanno ritenere presumibilmente utile a difendere l'uomo dalla esplosione di malattie tubercolari.

Evidentemente, poichè sull'uomo non si può e non si deve fare l'experimentum crucis,, che si fa sugli animali, è solo dal tempo che si potrà avere la dimostrazione pratica della sua utilità, quando nei centri in cui la vaccinazione sarà stata praticata su vasta scala, si vedrà decrescere progressivamente il numero delle vittime fatte dalla tubercolosi.

Ma è già un gran passo che oggimai venga ammessa l'utilità di una vaccinazione antitubercolare: è questa una vittoria di cui possiamo già compiacerci.

Ma fatto questo primo passo è ormai giunto il momento di fare l'altro e vaccinare, vaccinare, vaccinare.

Ma con quale materiale vaccinare?

Coi bacilli uccisi da me propugnati e sicuramente innocui dopo più che vent'anni di esperimenti sull'uomo o con bacilli attenuati non sicuramente innocui?

Perchè dico non sicuramente innocui? Perchè, come è noto, la Commissione Reale Inglese ha trovato che tutti i bacilli attenuati da essa studiati, tutti portati nel mezzo organico, riacquistano la loro virulenza, perchè i bacilli attenuati di cui fu tentata da altri l'applicazione quale mezzo vaccinante negli animali, si dimostrarono capaci di creare essi stessi un'infezione.

Ricorderò le ricerche del *tauromann* di Koch e quelle del *bovo vaccino* di Behring, che dopo le speranze concepite furono condannati perchè poi trovati capaci di infettare. Un bacillo vivo e riproducibile per quanto attenuato non dovrebbe e non potrebbe mai acquistare la confidenza dei medici. Ma possono servire all'uopo i bacilli uccisi?

Calmette, che pure ammette la capacità nei cadaveri bacillari di esercitare una azione protettiva, come ho già detto, ma crede che questa sia troppo debole e pensa quindi che non siano da preferirsi.

Ai nostri studi, alla nostra più che ventenne osservazione, egli ha dedicate poche parole.

Nella citata sua nota del 2 luglio egli scrive testualmente così:

« Noi non siamo i primi nel tentare di vacci-
« nare l'uomo contro l'infezione tubercolare. Lo
« scienziato Genovese Maragliano ha vaccinato
« per lo addietro con bacilli uccisi col calore,
« ma *disgraziatamente l'esperimento sugli ani-*
« *mali, dimostrò che il suo procedimento è inef-*
« *ficace* ».

Quali le basi di questa sua sentenza?

A pagina 582 del suo libro sulla infezione tubercolare (2ª edizione 1922) si leggono queste testuali parole: « Maragliano ha provato di valersi « dei bacilli uccisi col calore come vaccinazione « coll'uso dei bacilli morti, ed ha anche inocu- « late molte persone, ma i risultati controllati « rigorosamente nello Henry Phipp's Institut di « Filadelfia, sotto la Direzione di Lawrence Flick « si sono mostrati nulli ».

Ed a questo punto cita in calce come fonte e base della sua citazione i Reports dell'Istituto Henry Phipp's di Filadelfia, nel volume del 1904.

Ebbene, mi duole il dirlo, ma questa sua asserzione non è esatta. Mi si conceda di riferire brevemente un brano di storia dei miei studi sulla tubercolosi.

Fra il 1903 ed il 1904 l'Istituto Phipp's inviò nei miei Laboratori a Genova due suoi delegati per vedere da vicino i nostri studi sulla immunizzazione antitubercolare.

Essi vi rimasero parecchi mesi, videro tutto quanto si faceva, furono messi a parte di tutti i procedimenti di immunizzazione nulla celando con quella liberalità e con quella fiducia che abbiamo sempre usata verso quanti chiesero di venire e vennero dall'estero: fra questi Francesi e Tedeschi. Ritornati i due delegati riferirono sulle cose vedute in un rapporto pubblicato appunto a pag. 295 del volume del 1904 dei rendiconti dell'Istituto Phipp's. In questo rapporto il relatore Ravenel si occupa anzitutto del siero attinto dagli animali immunizzati e dice di avere appurato: che questo siero è capace di proteggere *gli animali di esperimento dall'azione tossica di una dose tale di bacilli vivi e virulenti* capace di uccidere di per sè l'animale di controllo. Ravenel indi soggiunge: *Dal punto di vista di laboratorio i risultati ottenuti dal Maragliano non possono quindi, in alcun modo essere contestati.*

Per quel che riguarda la vaccinazione preventiva, che in quell'epoca era in studio, Ravenel si limita a dichiarare: che *un giudizio sopra l'efficacia di essa potrà essere pronunciato solo dopo un largo numero di anni.* Eravamo nel 1904. Ho quindi ragione di notare che l'asserzione di Calmette non è esatta. Evidentemente la sua buona fede fu sorpresa da qualche svista di un raccoglitore bibliografico, e fu con queste basi che egli ha creduto di pronunciare un giudizio di condanna messo in bocca a chi non lo pronunciò mai.

Vi parrà forse singolare la mia insistenza ad occuparmi di ciò che Calmette scrisse e disse; ma mi è necessario farlo qui in Italia per mettere le cose a posto: non lo farei se fossi in Francia, dove non si ha davvero nulla di quel feticismo che si ha da noi per autori stranieri, verso i quali non se ne ha alcuno nei loro paesi.

In un giornale medico Italiano, ad esempio, di questi giorni si affermava che l'immunità non si ottiene coi bacilli morti ma solamente, *come nota Calmette* (sic) *con germi vivi.*

E dire che con germi vivi, proprio, fino ad ora l'immunità non la ha ottenuta nessuno dopo cinquanta e più anni di tentativi.

Un altro giornale medico Italiano di questi giorni, dopo avere suntato la nota di Calmette eccita i medici Italiani ad applicare *questo metodo di vaccinazione di efficacia molto probabile e certamente del tutto innocuo.* In base a quali dati si fa mallevadore di questa innocuità l'autore dell'eccitamento? Nient'altro che sul feticismo, perchè invece i bacilli attenuati sono scientificamente molto sospetti.

Del resto non voglio davvero disconoscere gli alti titoli come biologo, di Calmette, pel quale ho la massima considerazione personale, nè mi muove sentimento alcuno men che simpatico verso la scienza Francese dalla quale ebbi grandi conforti, fraterno appoggio, largo consenso nei miei studi ed in iuelli sulla tubercolosi sovratutto: è a scienziati francesi, a Bouchard, a Charrin, ai due Arloing, a Teissier, fra gli altri, che io devo se l'opera mia ebbe notorietà mondiale. Per la scienza Francese e per i suoi grandi Maestri devo avere ed avrò, con l'ammirazione, riconoscenza imperitura, ma non sottoscrivo alla infallibilità di Calmette, cui egli del resto non

pretende, e cui non sottoscrivono neppure i suoi connazionali.

Ritornando, dopo ciò, alla scelta del materiale vaccinico, dirò, anzitutto, cne come ho da più che vent'anni dimostrato, i bacilli e tutto quanto viene da essi, sono capaci di determinare la produzione di materiali difensivi, per cui tutti potrebbero dottrinalmente essere impiegati come materiali vaccinanti. Per conto mio parmi ragionevole dopo la esperienza larga fattane, dopo le ragioni scientifiche note, dopo la sua provata innocuità, insistere sulla opportunità di valersi del vaccino con materiali morti da me usati, e fare con esso sopra vasta scala la vaccinazione preventiva che solo dopo una larga e diuturna applicazione, potrà avere quella sanzione definitiva che ebbe il vaccino Jenneriano per il vaiuolo. È ora di finirla colle discussioni, bisogna passare all'azione, dal momento che si è omai in possesso di un mezzo che può far molto bene senza recare davvero alcun danno, perchè per consenso universale i bacilli morti, lo ripeto, non ne recano alcuno.

In Italia si è vaccinato, si, vaccina si, ma sporadicamente, ma la vaccinazione non si è per anco generalizzata, come dovrebbe esserlo. Non si comprende davvero, che cosa si aspetti, a meno che i senza fede nella scienza nazionale, vogliano attendere qualche messiaca trovata di qualche straniero, magari rubata a noi come già è avvenuto. Si dovrebbe comprendere che in un argomento siffatto l'*unica certezza* che si deve avere è quella di usare un mezzo innocuo, perchè il suo valore pratico può essere dimostrato solo dopo milioni di vaccinazioni, in capo a molto tempo.

E qui, Egregi Colleghi, permettetemi uno sfogo. Da oltre trent'anni io ed i miei collaboratori lavoriamo indefessamente sulla patologia e sulla clinica della tubercolosi, i nostri studi hanno creato capitoli nuovi, iniziato un movimento che ha capovolto in parecchi punti il dottrinale preesistente, le verità da noi proclamate sono in parte accettate e rubate dal di fuori, il più grande Maestro della tubercolosi dopo Koch, Saturnino Arloing, parlando dei nostri studi, in prima contrastati, ha detto e scritto *Voi avete detto la verità;* eppure in Italia si ignora ancora dai più quel che abbiamo fatto, il nostro nome viene esclusivamente attaccato alla *sieroterapia tubercolare*, che rappresenta un episodio unilaterale dei nostri studi, mentre l'opera nostra investe tutta la patologia e tutta la clinica moderna della tubercolosi.

I Colleghi mi sono sempre in ogni occasione larghi di cortesie e di applausi, ma io non cerco gli applausi, io cerco la loro collaborazione per assicurare all'Italia il primato che le spetta in questo nuovo periodo di studi sulla infezione tubercolare e sulle malattie tubercolari: primato abilmente insidiato dagli stranieri.

Si comprende che Calmette aspiri alla gloria di avere creato la *vaccinazione preventiva* dell'uomo, pensata e concepita in Italia, quando egli non la pensava ancora: si capisce come egli per giungervi disconosca gli studi degli altri, ma non si comprenderebbe davvero che medici Italiani si prestassero a questo tentativo rivolto a togliere all'Italia il merito di avere dato all'umanità il mezzo di redimersi dal tributo doloroso di vite che paga alla infezione tubercolare.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA SCHELETRICO.

I reumatismi vertebrali nella pratica corrente.

(A. LEVI. *Journal de Médecine de Paris*, n. 12, 1924).

La localizzazione rachidea del reumatismo cro nico è la più frequente fra tutte le altre, compresa quella delle estremità.

Le *lesioni vertebrali* consistono in *neoformazioni*, in *osteofiti* che si dispongono a corona intorno alla faccia superiore ed inferiore delle vertebre, o appariscono come noduli irregolari sulle differenti apofisi. Le ossa affette presentano inoltre *osteoporosi* e sembrano come *tarlate*. La loro disposizione però è irregolare ed asistematica.

Il *reumatismo vertebrale generalizzato* clinicamente si associa o al reumatismo deformante o all'artrite parziale delle estremità. Il rachide a volte è *rigido*, a volte è *incurvato*, ma non ad angolo come nel Pott. Spesso è immobilizzato.

I *dolori* sono o locali a livello del rachide o irradiati a distanza, forse per compressione esercitata sulle radici dagli osteofiti che occupano i forami di coniugazione. A volte si hanno *fenomeni spastici* degli arti inferiori, dovuti a proliferazioni ossee endorachidee.

Radiograficamente gli osteofiti da una vertebra all'altra possono vedersi riuniti a ponte o sporgenti a becco di pappagallo. Dato l'ingrandimento osteofitico delle superfici vertebrali ed il rientramento relativo del corpo, le vertebre possono assumere la forma « a diabolo ».

Questa affezione non va confusa con la spondilosi rizomielica.

La *spondilosi rizomielica* è caratterizzata più che da una anchilosi del rachide e delle articolazioni della radice degli arti, dalla maniera come queste anchilosi si costituiscono. Per lo più si

ha prima un periodo inferiore, sacro-coccigeo o coxo-femorale e poi un periodo superiore, cervicale e scapolo-omerale. In ciascuna regione precede una fase di dolore e poi si ha una fase di anchilosi. Ad evoluzione terminata il rachide è rigido per lo più in flessione; ed il torace è appiattito.

La causa della spondilosi rizomielica va ricercata in una vecchia infezione cronica, blenorragica o tubercolare.

La rigidità della colonna in questi malati non è data da neoformazioni osteofitiche, che non esistono, ma da *ossificazione dei legamenti gialli, vertebrali* e *costo-vertebrali*. Ossificazione vera, e non calcificazione. Uguale processo invade le anche, le spalle e qualche volta lo sterno, la clavicola, le ginocchia ed il mascellare.

Accanto ai segni dell'ossificazione legamentosa sono evidenti i segni dell'*osteoporosi* e del *rammollimento* delle ossa. In ordine di formazione, il rammollimento precede l'ossificazione dei legamenti: anzi l'ossificazione di questi è una conseguenza, una necessità compensatoria della rarefazione ossea, in coerenza alla legge di patologia generale per cui *ogni legamento continuamente contratto si ossifica.*

È chiaro comunque che la spondilite rizomielica è una affezione sistematica differente dal reumatismo vertebrale cronico, asistematico.

Molto più frequenti del reumatismo vertebrale generalizzato sono le *forme localizzate*, lombari, dorsali o cervicali.

La più comune è la forma *lombare*. Si verifica in soggetti piuttosto giovani, dai 20 ai 40 anni, che entrano in ospedale per lombaggine o per sciatica. Il tronco è a volte più o meno incurvato in avanti, a livello delle anche: altre volte è diritto, piatto, con scomparsa della normale lordosi lombare: la flessione in avanti è difficile ed incompleta: più difficile è la flessione indietro, ed in questa posizione non si produce la lordosi lombare che nelle persone sane, ed in questa attitudine, si accentua fisiologicamente. Il passaggio dalla posizione curva in avanti a quella diritta è difficilissima se il malato è in piedi, facile se è coricato su di un letto.

Ciò che colpisce l'occhio ordinariamente è l'ingrossamento della regione lombare e la sporgenza a questo livello delle apofisi spinose secondo una linea ondulata.

Altra caratteristica della lomboartrite è la sua evoluzione a *poussées*, con remissione completa dei disturbi fra una *poussée* e l'altra.

Due piccole varietà del reumatismo lombare sono: 1) l'*artrite sacroiliaca cronica* (dolore a livello dell'art. sacro-iliaca, senza il dolore coxalgico alla pressione sulle creste iliache) e 2) l'*ossificazione reumatica del legamento ileo-lombare*, che simula la sacralizzazione della 5ª lombare sia anatomicamente che clinicamente. Le grandi sacralizzazioni sono rare: molto frequenti le piccole sacralizzazioni: queste però non danno segni patologici, specie il dolore; se c'è dolore, questo segno è più riferibile alla ossificazione ileo-lombare che, come ogni forma di reumatismo cronico, è quasi sempre dolorosa.

Le localizzazioni *dorsali* sono meno facilmente diagnosticabili per le difficoltà radioscopiche: ciò non ostante spesso si mettono in evidenza degli schiacciamenti vertebrali e delle dentellature ed uncinature osteofitiche dei fianchi delle vertebre.

Di più facile diagnosi è il *reumatismo cervicale*: con la radiografia si possono vedere delle sporgenze laterali anormali e le vertebre di aspetto granuloso, picchiettato, a nido di ape, in alcuni punti ispessite, in altri semitrasparenti e con la linea intervertebrale spesso scomparsa.

Clinicamente si manifestano sotto gli aspetti più vari: a volte si presentano con sindrome *amiatrofica*, o con *paralisi del plesso brachiale*, altre volte come un *torcicollo*.

Il *trattamento* di questi reumatismi vertebrali, diatesici o infettivi, è in parte sintomatico (salicilato, aspirina, ecc.).

Il *calore*, specie sotto forma di *diatermia*, dà risultati incoraggianti. La *radioterapia radicolare* dà spesso miglioramenti netti, meno rapidi, ma più duraturi della diatermia.

Le applicazioni radio-attive, sotto forma di *thorium* X danno risultati molto favorevoli.

Lo *zolfo* e l'*iodio* possono dare qualche utilità, specie nelle forme di origine infettive.

Nella spondilosi rizomielica è utile l'impiego del salolo: ma quello che interessa è troncare il decorso dell'infezione blenorragica.

Contro le posizioni viziose da *rammollimento osseo*, non c'è di meglio che dare al malato un decubito atto a correggerlo e a impedirlo: contro lo stato di *anchilosi*, che può anche considerarsi uno stato di guarigione, c'è poco da fare, anche chirurgicamente.

PERSIA.

Sul trattamento degli ascessi spondilitici prevertebrali del tratto medio-dorsale del rachide.

(G. VALTANCOLI. *La chirurgia degli organi di movimento*, vol. VIII, fasc. 5º).

La clinica e l'anatomia patologica hanno dimostrato che nel morbo di Pott la paraplegia quasi sempre è in rapporto a lesioni del segmento medio-dorsale del rachide, e, nel maggior numero dei casi, è dovuta alla compressione diretta o indiretta esercitata sulla midolla spinale dalla rac-

colta ascessuale prevertebrale. Nel periodo di 12 anni (1907-1919) nell'Istituto Rizzoli sopra 1004 casi di spondilite furono osservati 39 casi di paraplegia; dei quali 30 presentarono lesione ossea nel tratto medio-dorsale, cioè tra la 4ª e la 10ª vertebra dorsale; 3 nella regione cervicale superiore; 5 nella regione cervico-dorsale ed 1 nella regione dorsolombare. Riferendosi dunque ai casi con lesione ossea del tratto medio-dorsale che complessivamente furono 425, la paraplegia figura in un rapporto del 10,88 %; riguardo poi alla mortalità di questi paraplegici si raggiunse la cifra del 45,2 %, e se dal computo si escludono i piccoli infermi al disotto dei 10 anni di età in cui fu ottenuta la completa riparazione dei disturbi motori, negli altri la mortalità sorpassò il 50 %, pur essendo tutti gli ammalati curati con la rigorosa immobilizzazione in decubito orizzontale.

Il che significa che questa non è cura sufficiente a risolvere in ogni caso la paraplegia. Fu in seguito ad eguale convincimento che Ménard allo scopo di aprire una via di deflusso all'ascesso, ideò e praticò in 24 casi la *costotrasversectomia*: ottenne 19 miglioramenti; negli altri 5 casi ebbe risultato o molto tardivo o nullo. Ma la fistola che fatalmente consegue a tale intervento indusse lo stesso Ménard ad abbandonarlo. Furono ricercati e studiati altri mezzi per riuscire a raggiungere ed a vuotare l'ascesso prevertebrale, e dal 1921 all'Istituto Rizzoli si ricorre ad un sistema semplice, ma di tecnica alquanto delicata, cioè al vuotamento dell'ascesso mediante un comune sottile trequarti che porta segnata una divisione in centimetri, per conoscere con esattezza durante l'operazione a quale profondità trovasi la punta dello strumento.

Occorre anzitutto bene individualizzare e localizzare l'ascesso mediastinico mediante due radiografie, una in senso frontale, la quale ci dimostra quale spazio intercostale corrisponda al maggior diametro della sacca ascessuale; l'altra in posizione laterale ed eseguita nell'istante in cui il paziente inghiotte un pasto opaco, che mette in evidenza l'esofago, respinto in avanti dalla raccolta ascessuale, di cui segna il limite anteriore. Su questa seconda radiografia è facile calcolare, di quanti centimetri occorre affondare, nello spazio intercostale prescelto, il trequarti per raggiungere sicuramente l'ascesso senza arrivare agli organi mediastinici.

Si pone il malato in decubito laterale e si infigge l'ago-cannula nello spazio intercostale segnato, a due dita trasverse a destra (per evitare anche più sicuramente l'aorta) della linea delle apofisi spinose, dando allo strumento una leggera inclinazione dall'esterno all'interno per rasentare la faccia laterale del corpo vertebrale. Bisogna evitare il nervo e la vena intercostale che seguono il margine inferiore della costola; occorre quindi stare vicini al margine superiore della costola sottostante, ricordando che in massima questo margine corrisponde al livello della apofisi spinosa appartenente alla vertebra immediatamente superiore. Si deve attraversare lo spessore della muscolatura paravertebrale che nell'adulto è in media da 6 a 7 centimetri. Sorpassata questa, per maggior sicurezza si sfila l'ago tagliente, e si sostituisce con mandrino a punta smussa e così per via ottusa si spinge l'istrumento alla profondità calcolata. Si vedrà fluire il liquido purisimile dalla cannula a getti ritmici con i movimenti respiratori. Negli ascessi antichi, potrà accadere di non avere alcuna fuoriuscita di liquido perchè per progressivo riassorbimento della parte fluida, il contenuto ascessuale si condensa.

Se l'ago viene infisso troppo lateralmente si può penetrare nel cavo pleurico; eventualità subito avvertita dal sibilo caratteristico, ma, data la piccolezza della breccia, senza alcuna spiacevole conseguenza.

L'A. riferisce otto casi in cui fu applicato questo metodo di evacuazione dell'ascesso mediastinico. In 4 esisteva paraplegia e si ottenne: in un caso *restitutio ad integrum* della funzione degli arti inferiori; nel secondo notevole miglioramento; nel terzo nessun vantaggio, ma è da notare che la paraplegia datava da un anno; nel quarto caso la puntura ebbe esito negativo.

Negli altri 4 casi, pur esistendo un notevole ascesso mediastinico, non vi erano ancora fenomeni di risentimento midollare, o erano di lieve entità.

In tutti e quattro l'ascesso si è vuotato facilmente; in un caso, in una seconda puntura, l'ago penetrò nella cavità pleurica, ma senza alcuna complicazione. Dopo la puntura dell'ascesso si ebbe scomparsa rapida dei lievi segni di risentimento midollare, e in tutti, subito dopo la puntura, notevole senso di benessere.

Si deve dunque concludere che in caso di morbo di Pott con paraplegia, in presenza di un ascesso mediastinico che si giudica raggiungibile dall'esterno vi è indicazione assoluta per il vuotamento dell'ascesso; indicazione giustificata vi sarà anche come trattamento profilattico della paraplegia quando la radiografia svela l'esistenza di un ascesso prevertebrale di notevoli dimensioni.

A. CER.

Il distacco patologico del collo del femore nelle giovanette all'epoca della pubertà.

(H. VULLIET. *La Presse Médicale*, n. 50, 1924, pag. 537).

L'A. riferisce la storia clinica di 5 inferme, con dei sintomi comuni, i quali richiamano l'atten-

zione sopratutto sul loro stato costituzionale. Sintomi locali ed evoluzioni offrono delle differenze, le quali non modificano l'aspetto generale del quadro clinico.

Si tratta di giovanette verso il 12º anno di età (10-15 a.), non mestruate, a tipo adiposo genitale più o meno marcato. Dalla storia si rilevano, in un lasso di tempo variabile claudicazione, dolori, per lo più intermittenti e moderatissimi. L'esame clinico accuratissimo e la radiografia delle anche non rivelano nulla di importante. Sopraggiunge un accidente, insignificante o discutibile, dubbioso se rappresenti causa od effetto, e si apprezza il distacco epifisario, con tutti i segni clinici, impotenza funzionale, con immagine radiografica. A tale quadro clinico sono da riportarsi i 5 casi di cui fa l'illustrazione dettagliata. Nelle prime tre osservazioni il distacco epifisario marcato ed i sintomi subiettivi si corrispondono; negli altri 2 casi invece ad uno sviluppo più insidioso funzionalmente corrispondono delle alterazioni epifisarie discrete, ma che occorre ricercare minuziosamente alla radiografia.

In simili casi, fino a che non consegua impotenza funzionale in seguito all'accidente brusco, le interpretazioni cliniche le più varie si fanno: tubercolosi, sifilide, ecc.

Di tali lesioni dell'anca giovanile se alcune per il quadro innanzi illustrato si chiariscono, altre numerosissime, con lesioni minime, restano latenti, sfuggendo alle investigazioni, essendo sostenute solo dai fenomeni subbiettivi. Anche se un accurato esame non rivela gran che, conviene fare delle riserve e mettere questi infermi a riposo in tempo utile per prevenire il distacco epifisario.

Avvenuto il distacco si procede alla riduzione sotto narcosi in abduzione e rotazione interna e fissazione con apparecchio. Occorre grande prudenza nella ripresa dei movimenti. Nelle prime tre osservazioni, con distacco completo il consolidamento fu perfettissimo, tanto da non presentare nessuna traccia delle lesioni riportate.

Occorre fare delle riserve sulla forma della regione epifisaria sup. e sull'avvenire lontano di queste lesioni. Negli otto casi di distacco epifisario illustrati da Kappis, nonostante tutti gli accorgimenti tecnici, si ebbe deformazione residua considerevole con funzione quasi sempre soddisfacentissima; ciò fu potuto osservare anche da Froelich nelle artriti croniche non tubercolose. Nei giovani tali fatti non debbono sorprendere.

JURA.

OSTETRICIA E GINECOLOGIA.

Ricerche chimiche sulla bile in gravidanza.

(C. DECIO. *Rivista Italiana di Ginecologia*, vol. II, fasc. II, 1924).

Secondo le ricerche di Mac Nee, Pierre e Chauffard, durante la gravidanza si verifica un notevole aumento della quantità di colesterina contenuta nella bile umana: il quadruplo e anche il quintuplo delle percentuali medie riscontrate nella bile all'infuori dello stato gravidico.

Medak e Pibram invece trovarono che in una gravida a termine alla quale avevano estratto la bile mediante la sonda di Einhorn, le quantità di colesterina erano ridotte a tracce appena dosabili. Con questo ultimo reperto concordano le osservazioni fatte da Bacmeister e Havers sopra una cagna operata di fistola biliare: durante le prime sette settimane di gestazione, non rilevarono alcuna variazione notevole nella percentuale della colesterina nella bile; dopo tale epoca fino al termine della gravidanza osservarono una forte diminuzione della colesterina eliminata; avvenuto il parto, per circa una settimana si verificò un forte aumento della colesterina eliminata; quindi si ritornò ai valori normali.

Tali variazioni nella eliminazione della colesterina hanno certamente la loro importanza sia nel campo fisiologico che in quello patologico specie per quanto riguarda la genesi della litiasi biliare.

Poichè i dati che riguardano tal questione sono ancora scarsi e contraddittori l'A. ha creduto opportuno riprendere lo studio del contenuto colesterinico della bile durante la gravidanza, e per speciali ragioni di comodità ha scelto come oggetto di indagine la bile dei bovini.

Per il dosaggio ha usato il metodo colorimetrico e quello ponderale; le ricerche furono eseguite sopra animali non gravidi, e sopra animali in diversa epoca di gestazione, dall'inizio fin presso al termine.

Mentre nei bovini non gravidi ottenne valori che di solito superarono il 0.50 per mille e per lo più si avvicinarono all'1 per mille, durante la gravidanza trovò di solito valori inferiori al 0.50 per mille, e verso il termine della gravidanza spesso la quantità di colesterina nella bile risultò ridotta a semplici tracce non dosabili.

Queste conclusioni collimano con quelle della recente pubblicazione di Pibram, che raccogliendo con la sonda di Einhorn, periodicamente, la bile vescicolare e quella epatica, nella donna gravida, potè dosare la colesterina in vari periodi della gestazione e dopo il parto: durante la gravidanza ha quasi costantemente notato di-

minuzione di colesterina tanto nella bile vescicolare che in quella epatica; nel puerperio e specie nei primi due o tre giorni ha osservato un rapido e forte aumento nella colesterina biliare, con contemporanea diminuzione del contenuto colesterinico del sangue.

Si può dunque ammettere come abbastanza provato che nella gravidanza si ha una diminuzione della colesterina contenuta nella bile, diminuzione che è massima verso il termine della gestazione; e quindi il nesso che la clinica insegna esistere tra gravidanza e litiasi biliare è forse da riferirsi alla abbondante eliminazione di colesterina con la bile, che suole verificarsi nel puerperio.

A. CER.

Trasposizione dell'ovaio, munito del suo peduncolo vascolare, nell'utero, dopo ablazione delle salpingi.

(T. TUFFIER, A. M. LETULLE. *La Presse Médicale*, n. 43, 1924, pag. 465).

Questa operazione che fu praticata da Tuffier 29 volte, ha lo scopo di conservare la mestruazione e la possibilità di una fecondazione nelle donne operate per salpingite doppia. Ciò fu tentato sperimentalmente e clinicamente con tecniche differenti.

L'A. adoperò la trasposizione delle ovaie intere munite del loro peduncolo vascolare. Previa dilatazione graduale dell'utero, si estirpano le trombe completamente fino nello spessore della parte uterina, con accuratissima emostasi. L'ovaio, separato dalle aderenze e da ogni membrana sulla sua superficie, se troppo grande per essere contenuto nella cavità uterina, si seziona; gli si fanno passare due fili di catgut ai lati del punto di congiunzione col peduncolo vascolare. Esteriorizzazione dell'utero ed incisione dalla parte postero-laterale per 3 cm. (secondo il volume dell'ovaio da includere). Scoperta la cavità uterina (protezione del campo operatorio da infezione peritoneale) si introduce l'ovaio intero o meglio resecato nella metà o nel terzo distale, fissazione dell'estremità alla mucosa e legatura dei due fili laterali alla parete uterina profonda corrispondente. Essendo l'ovaio incluso per la maggior parte, la parete uterina è chiusa con 3-4 punti di fili di catgut a tutto spessore nel parenchima uterino, e con una seconda serie di fili di seta passati alla Lambert sulla sierosa, avvicinati gli uni agli altri. Sutura del peritoneo del peduncolo ovarico, con avvertimento di non strozzarlo. Chiusura della cavità addominale.

Decorso postoperatorio: leggera secrezione sierosa o sierosanguinolenta vaginale per tre o quattro giorni, e se dura dippiù può essere segno di sfacelo ed eliminazione parziale dell'ovaio. Dopo la convalescenza le donne hanno mestruazioni a volte abbondanti ed anche dolorose.

Su 29 operate ebbe due incidenti postoperatori tra le prime operate per raccolta ematica nel Douglas; una eliminazione dell'ovaio.

Risultati funzionali: mestruazioni regolari, qualche volta dolorose e più abbondanti. In un caso occlusione intestinale per inginocchiamento dell'intestino in una cicatrice del lato opposto al trapianto.

Nessuna gravidanza ancora, ma le operazioni sono state praticate da poco. Nella donna dopo nove mesi rioperata per occlusione intestinale procedette alla isterectomia e si è potuto constatare la posizione dell'ovaio, sporgendo per un terzo del suo volume nella cavità uterina. Lo studio istologico di quest'ovaio (Letulle) dimostrò che la sostanza corticale dell'ovaio, appariva composta, come normalmente, di cellule connettivali fusiformi, ecc., ecc.; era cosparsa di piccole cavità cistiche, tappezzata di cellule epiteliali cubiche; in alcuni punti immersione di vescicola di Graaf caratteristica; in altri punti gran numero di corpi gialli più o meno anziani. Il polo intrauterino dell'ovaio è ricoperto da mucosa uterina. In conclusione, era indiscussa la presenza di cisti follicolari, che rendevano l'ovaio atto alla fecondazione.

JURA

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Il libro d'oro. I medici italiani ai loro eroi. 1 volume in-4° di pag. 522. Roma, 1924; editori Alfieri & Lacroix di Luigi Alfieri & C., 1924. (In vendita presso i librai al prezzo di L. 70).

Degno complemento della imponente cerimonia svoltasi tra Roma e Firenze, è la pubblicazione del *Libro d'oro*, in cui sono consacrate le biografie dei 400 medici immolatisi sull'altare della Patria per adempiere la loro umanitaria missione. Il *Libro d'oro* costituisce un legato di suprema idealità per la nostra e per le future generazioni di medici.

L'edizione è di una magnificenza impareggiabile; è corredata di disegni a xilografia del Cambellotti e di numerosissime fotografie; è rilegata riccamente in tela con fregi in oro.

Riportiamo la circolare che accompagna le copie inviate alle famiglie:

« La nostra nobile fatica durata due anni, è compiuta. La glorificazione è stata degna della classe medica d'Italia.

Il Monumento risplende ora e per l'eternità in Firenze, a ricordare l'eroismo cosciente, silenzioso dei quattrocento medici caduti in guerra: il *Libro d'oro* racconta e racconterà « quanta virtù li ha fatti degni di reverenza »!

La classe medica d'Italia per il loro sacrifizio rifulge e s'ingemma di nuova bellezza.

E come i nostri Martiri Eroi ci hanno insegnato che il dono alla terra natale della migliore giovinezza è così nobile rinunzia che non può trovare se non in sè stesso un compenso, così noi tutti abbiamo trovato il nostro premio, nel grandioso successo della celebrazione.

E nell'inviarle oggi il *Libro d'oro*, a nome del Presidente del Comitato Esecutivo, Gen. Med. Francesco della Valle (Ministero della Guerra, Roma), con viva commozione le comunico che per esso si è accesa una lampada votiva nel cuore di tutti i Medici d'Italia. — F. Bocchetti ».

* * *

Ci sia consentito di esprimere il nostro plauso ai promotori e realizzatori di queste grandiose manifestazioni, in particolare al gen Francesco della Valle, al cap. Federigo Bocchetti, al col. Alberto Santa Maria, al magg. Pietro Rinaldi, i quali, in un'epoca di scetticismo, animati da un'alta idealià, hanno perseguito con tenacia e devozione un nobilissimo còmpito. V.

R. CESTAN. *Les épilepsies.* Prezzo Fr. 7.50. Editore Flammarion, Parigi.

È un libro che tratta esaurientemente l'argomento delle epilessie essenziali e sintomatiche nei riguardi clinici, etiologici, patogenetici. Un lungo capitolo è dedicato alla terapia, che, come è noto, negli ultimi anni si è arricchita di preziosi farmaci, ed alla igiene degli epilettici.

È un lavoro bene impostato e bene svolto.

DR.

P. SOLLIER e P. COURBON. *Pratique sémiologique des maladies mentales.* Prezzo Fr. 20. Editore Masson, Parigi.

Un libro di intonazione schiettamente pratica che consente ai medici non specializzati di affrontare l'esame di un alienato, di porre una diagnosi, azzardare una prognosi.

La descrizione delle sindromi è ben chiara, evidente il modo di rilevare i sintomi ed apprezzarne il valore diagnostico, molto bene esposta la parte riguardante la diagnosi differenziale di ogni malattia.

Un ultimo capitolo dà dei consigli pratici sul modo di comportarsi di fronte ad un malato di mente dopo avere stabilita la diagnosi.

DR.

HOFSTÄTTER. *Die Rauchende Frau.* Prezzo Marchi oro 7.50. Editori Hölder, Pilcher, Tempsky, Vienna-Lipsia.

È un ampio studio sulla influenza nociva esercitata sull'organismo femminile dal fumo del tabacco. Quest'abitudine che si è diffusa rapidamente nel sesso debole non è priva di inconvenienti, e l'A. ne tratta diffusamente non senza avere accennato alla importanza del tabacco nella patologia maschile.

DR.

G. GELEY. *L'ectoplasmie et la clairvoyance.* F. Alcan, éd. Paris. Fr. 35.

« Non v'è sarcasmo, non v'è ingiuria che sia stata risparmiata ai pionieri della metapsichica, anche se essi si chiamino Crookes, Lodge, Richet, Morselli ». E le polemiche, che sanno troppo di passione, sarebbero invero inutili e forse dannose per il trionfo delle nuove nozioni che tentano di superare gli scogli della loro nascita. Riportare esattamente i fatti, diffondere i resultati ottenuti dalle esperienze tenute sotto lo stretto controllo di uomini insospettabili, è la via più adatta che gli studiosi possono seguire, l'unico mezzo per far tacere le critiche sistematiche e aprioristiche.

Geley, che conosce il dente amaro della critica, si limita in questo grosso volume, corredato da belle fotografie, di riportare la relazione delle esperienze fatte nell'Istituto di Metapsichica; la relazione di questo primo volume, limitata ai fatti, sarà seguita da un secondo sulla genesi e sul significato dei fenomeni metapsichici, col quale l'A. intende di completare le principali induzioni filosofiche, da lui sostenute (1).

A me pare che, qualunque possa essere il significato dei fatti, il libro meriti di esser letto da coloro che non vogliono restare inclusi nella categoria dei misoneisti aprioristici, che il più delle volte si identificano con gli ignoranti.

T. PONTANO.

(1) P. S. — Un fatale incidente automobilistico ha improvvisamente spento la magnifica attività del povero dott. G. Geley.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXI Congresso della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.

(Padova, 20-22 Dicembre 1924).

Con opportuno pensiero il recente congresso di questa fiorente Società fu tenuto a Padova volendosi fare coincidere la consueta riunione sociale con le onoranze che, per iniziativa di antichi allievi, si tributavano al ch.mo professore Achille Breda, direttore di quella Clinica dermosifilopatica, in imminenza del suo collocamento a riposo per la legge dei limiti di età.

Anche questa volta il numero degl'intervenuti superò ogni aspettativa e non è possibile dare l'elenco di tutti i presenti fra i quali erano molti dei

nostri Clinici e dei più stimati cultori della specialità nelle maggiori città del Regno.

La riunione fu aperta con un elevato discorso del presidente prof. J. Cappelli di Torino, il quale diede ampio conto dell'operato del Consiglio direttivo nell'annata e soprattutto dell'opera da lui personalmente svolta presso il Ministero degl'Interni per il ricovero gratuito dei lebbrosi nei luoghi di cura, e degli affidamenti avuti in proposito da S. E. il Ministro Federzoni e dal Direttore generale della Sanità pubblica. Così pure riferì sulla fondazione De Amicis oramai definitivamente assicurata, con l'erezione in ente morale della Società e con la sistemazione del patrimonio in titoli di consolidato nominativi, ai fini per i quali era stata creata. Con commosse parole ricordò i soci defunti T. De Amicis, Ciarrocchi, Jaja, Trossarello e Bresciani e dichiarò infine aperto il congresso.

Al presidente seguì l'economo-cassiere dott. U. Malusardi di Roma che presentò il resoconto finanziario, approvato senza osservazioni dall'assemblea la quale, su proposta del socio prof. M. Truffi di Catania, deliberò un voto di plauso al benemerito collega. E così pure un voto di plauso fu votato al dott. L. Silvestri di Roma il quale per molti anni custodì ed amministrò il patrimonio del premio De Amicis e contribuì validamente alla sua definitiva sistemazione.

Terminata così la seduta amministrativa s'iniziò immediatamente la discussione dei temi scientifici iscritti all'ordine del giorno.

Di particolare interesse furono la relazione ufficiale sul *cancro sperimentale della pelle* (relatore prof. Bizzozero di Torino) e l'altra sulla *guarigione della sifilide* (prof. Tommasi di Firenze). Di quest'ultima riportiamo le conclusioni come quelle che possono maggiormente interessare ai nostri lettori.

« 1. La sifilide è malattia che può guarire.

2. La guarigione spontanea è eccezionale. Essa diventa sempre più probabile quanto meglio e quanto più precocemente è fatta la cura. Nei malati curati assiduamente e razionalmente essa costituisce una evenienza frequente; in quelli trattati precocemente, ma anche lungamente, costituisce la evenienza più comune.

3. Questi dati sono desunti dallo studio delle statistiche. Non è possibile per contro caso per caso *assicurare* dell'avvenuta guarigione.

4. Ne risulta che individualmente considerata la diagnosi di guarigione è una diagnosi clinica di probabilità: come tale deve essere continuamente sorvegliata per controllarne l'esattezza attraverso il tempo.

Essa comporta bensì delle concessioni (sospensione cura, matrimonio ecc.), ma non può mai autorizzare medico e malato a sospendere la osservazione clinica e sierologica e a dimenticare che una sifilide c'è stata e che potrebbe forse non essere spenta ».

Ambedue le relazioni dettero luogo ad una larga discussione e riscossero gli applausi concordi di tutti i presenti e le vive congratulazioni ai due valorosi relatori che così genialmente avevano corrisposto al còmpito loro affidato.

Quasi tutti i temi iscritti all'ordine del giorno furono svolti dai rispettivi presentatori: di alcuni ci riserbiamo fare più ampia relazione quando saranno pubblicati in volume gli atti del congresso.

Il prof. Breda di Padova ed il prof. Ramazzotti di Milano presentarono dei malati con forme cutanee non comuni, di difficile od incerta diagnosi, che dettero luogo ad ampio ed interessante dibattito fra i presenti.

Il pomeriggio della domenica 21 dic. 1924 fu dedicato alle *onoranze al prof. Breda* le quali, da una semplice manifestazione di affetto e di riconoscenza da parte degli allievi, divennero invece una vera e propria solennità cittadina a cui, oltre ad un largo stuolo di colleghi, amici ed estimatori, parteciparono ufficialmente i rappresentanti della Città, della Prefettura e della Provincia di Padova, il Rettore della Università, il Preside della Facoltà medica, il Comandante del presidio e numerose altre Autorità locali. Nell'aula della scuola della Clinica dermosifilopatica, la quale proprio per lo zelo e per la non mai interrotta attività del prof. Breda può gareggiare ora per la sua perfetta organizzazione, per ampiezza di locali, per modernità e ricchezza d'impianti e di laboratori, con le migliori d'Italia, fu inaugurata una lapide con ritratto marmoreo del festeggiato dopo applauditi discorsi del prof. Fiocco di Venezia per gli antichi allievi, del prof. Cappelli di Torino per la Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia, del rettore prof. Lucatello, del ff. da preside della Facoltà medica prof. Cevidalli, dei rappresentanti del Comune e della Provincia, e del prof. De Giacomi per il comitato organizzatore. A tutti rispose con commosse ed elevate parole il prof. Breda il quale, nel pieno vigore dello spirito, lascerà fra poco la cattedra tenuta così onorevolmente per più di quarant'anni dopo aver legato il suo nome a non piccola parte dei progressi scientifici compiuti in questi ultimi tempi nel campo della specialità dermosifilografica ed aver creato una scuola fra le più reputate d'Italia.

Nel successivo lunedì furono esaurite quasi tutte le comunicazioni preannunziate, dopo di che si procedette alla nomina dei nuovi soci nazionali ed esteri dietro il parere di una commissione composta dai professori Fiocco, Pasini e Truffi.

Esaurito quindi l'ordine del giorno, il presidente prof. Cappelli disse brevi parole di commiato ai congressisti salutate dagli unanimi applausi dei presenti.

Il prossimo congresso avrà luogo nel dicembre del 1925 a Roma.

Anche quest'anno alla riunione fu annessa una *Mostra* di preparazioni medicinali, strumenti ed apparecchi riferentisi alle specialità alla quale concorsero molte delle più rinomate Ditte italiane.

Non possiamo chiudere questo breve resoconto senza rinnovare, sicuri d'interpretare il sentimento di tutti gl'intervenuti, i più vivi ringraziamenti al prof. Breda per la larga e signorile ospitalità

offerta ai congressisti nella sua splendida clinica e per il modo impeccabile con cui, mercè anche il concorso degli aiuti ed assistenti dell'Istituto, fu organizzato questo convegno.

V. MONTESANO.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta dell'11 luglio 1924.

Alcuni fattori di influenza aspecifica sulle reazioni cutanee.

VILLA e CASTELLOTTI. — Gli OO. hanno usato il metodo comune della intradermoreazione col siero normale di cavallo e la cutireazione con tubercolina.

Astenendosi dall'entrare nel merito della natura e del valore pratico di queste reazioni, hanno riferito sulla possibilità di provocare una sensibilizzazione e una dissensibilizzazione strettamente locale cutanea mediante reinoculazioni in situ, mentre altrettanto non avviene per la reazione alla tubercolina. In una seconda serie di ricerche praticate in emi-paraplegici hanno riscontrato che le reazioni cutanee sono notevolmente e costantemente accresciute di intensità nella parte paralizzata in confronto con quella sana.

Rilevata l'analogia di questo comportamento con l'influenza della iperemia passiva sulle reazioni cutanee, gli oratori insistono sulla importanza locale del fattore neurovascolare.

Dott. G. C. BENTIVOGLIO (Clinica pediatrica). — *Prime osservazioni sull'influenza dei raggi ultra violetti nella cutireazione alla tubercolina umana.* La memoria viene pubblicata *in estenso* nel *Policlinico.*

G. BIGNAMI. — *Ricerche sulla sintesi ippurica nell'organismo umano.* — II. *Sulla glicuronuria dopo ingestione di benzoato sodico.*

E. GREPPI. — L'O., cercando di determinare la massa del sangue in due casi di leucemia mieloide con il metodo Rosso-Congo, ha riscontrato in entrambi la scomparsa parziale e precoce della sostanza dal circolo, tale che riflettendosi sul risultato del metodo dà luogo a cifre esagerate di plasma e di massa sanguigna totale (12-13 % rispetto al peso corporeo). Ricerche in vitro ed in vivo inducono a pensare che si tratti di un atto di assorbimento, assai probabilmente per opera dei granulociti circolanti in enorme quantità (25-300000) e degli organi, soprattutto la milza: un processo forse non dissimile da quanto si verifica, appunto nella leucemia mieloide, per gli anticorpi iniettati in circolo (antitossina tetanica nelle esperienze di Kammerer; agglutinina per il B. Tifo in quella dell'O.). Il fenomeno, evidentissimo nel caso della leucemia, permette fino ad un certo punto di considerare nello stesso senso la lieve perdita di R. C. che ha luogo in condizioni normali, e che è affatto trascurabile rispetto ai risultati del metodo: questo naturalmente resta infirmato nel caso dello speciale processo morboso.

LAZZARINI. — Comunica i risultati delle sue ricerche *sul comportamento degli innesti omoplastici di osso vivente.*

Il reperto istologico dimostrò l'attecchimento del periostio che dà luogo a notevole neoproduzione ossea, la quale sostituisce le parti cadute in necrosi dell'osso innestato.

L'osso attecchisce parzialmente nei suoi componenti — sostanza fondamentale e cellule ossee — di cui porzioni notevoli rimangono in vita e si saldano con l'osso di nuova formazione, costituendo talora il nucleo dell'innesto.

Cisti sperimentali da autotrapianto di mucosa uterina.

PEPPINO DOSSENA. — L'O. eseguì ricerche su conigli e su topi bianchi ed osservò che spargendo del raschiato di mucosa uterina nella cavità addominale gli elementi sia epiteliali che muscolari, *senza che vi si sia determinata alcuna lesione favorevole al loro impianto* si fissano in qualunque punto a preferenza però nel grasso attorno al legamento largo o sulla parete superiore della vescica, una volta fino fra le pareti intestinali; si sviluppano dando origine a formazioni perfettamente riconducibili al tipo di cistoma, cistoadenoma, cistopapilloma e forme adenomatose. Dette formazioni a 150 giorni dall'autotrapianto si mantengono ancora ben conservate ed in via di attivo sviluppo.

Azione di alcuni monosaccaridi, somministrati per via gastrica, sulla ipoglicemia da insulina.

A. MOSCHINI. — Mentre il *levulosio*, somministrato per via gastrica, è capace di far scomparire le manifestazioni della ipoglicemia da insulina in un tempo di poco superiore a quello impiegato dal glucosio, il *galattosio* spiega una modica azione favorevole soltanto quando è introdotto nello stomaco dell'animale (coniglio) due o tre ore prima dell'iniezione di insulina.

Fra i disaccaridi, il *saccarosio* si comporta presso a poco come il levulosio; altrettanto dicasi per il *maltosio*, che però ha una azione un po' meno pronta. Invece il *lattosio* non ha nessun effetto, anche se somministrato quattro ore prima dell'iniezione di insulina.

Giacchè i saccaridi ricordati, fatta eccezione per il glucosio, non esercitano una influenza manifesta sul quadro della ipoglicemia da insulina allorchè vengono iniettati, evidentemente l'azione benefica da essi spiegata colla somministrazione per via gastrica deve dipendere dalla trasformazione di detti saccaridi in glucosio. Il diverso comportamento degli zuccheri studiati si spiegherebbe allora, non solo col loro diverso grado di solubilità, ma anche colla rapidità maggiore o minore di scissione del saccarosio, del maltosio e del lattosio nei rispettivi monosaccaridi entro il tubo digerente e colla rapidità maggiore da parte del levulosio, nei confronti col galattosio, di trasformarsi in glucosio nel fegato.

FALCHI G. — *Osservazioni su incidenti ed inconvenienti della terapia bismutica.*

TAGLIABUE E. — *L'indagine radiologica dell'apparato respiratorio con iniezioni intratracheali di Lipiodol.*

F. RICCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Semeiologia della cistifellea.

La regione clinica della cistifellea, secondo Chauffard, trovasi in un punto situato sul margine esterno del muscolo retto ed in corrispondenza dell'unione dell'ottava cartilagine di destra con la nona. Considerata rispetto al torace, trovasi sul prolungamento dell'ascellare anteriore e dell'emiclaveare destra. Lo studio della cistifellea va fatto sopratutto con la palpazione, per la quale si possono seguire due metodi, quello del pollice (Glénard) e quello di Mathieu. Per il primo, si applica la mano sinistra a piatto sulla regione lombare e, col pollice della stessa, si percorre il margine costale con una leggera pressione al disotto, in modo da apprezzare l'abbassamento del fegato durante l'ispirazione, facendo quasi saltare il detto margine col pollice dal didietro in avanti. Con il processo di Mathieu, messo l'ammalato nella solita posizione di rilasciamento, l'osservatore palpa con le mani unite e gli indici accollati col lato radiale; con le dita semiflesse, ad uncino, portate lungo il margine costale, cerca di afferrare il margine del fegato durante una profonda ispirazione.

In condizioni normali, la cistifellea è inavvertibile. Prezioso, per la sua sensibilità, è il punto cistico, indice di gran valore di colecistite, di calcolosi cistica, di irritabilità della cistifellea.

Bisogna poi distinguere fra dolore del fegato e della cistifellea; il primo è una sensazione diffusa, che soltanto nell'ascesso si localizza. Il dolore della cistifellea è spasmodico, ad accessi spontanei nelle calcolosi biliari, profondo e continuo nella colecistite, in cui però può diventare acuto e spasmodico. Talora ha un punto di emergenza epigastrico, con irradiazioni superiori se il fegato è congesto, posteriori se vi è calcolosi, inferiore se si complica l'appendicite.

L'aumento di volume può essere di vario grado; la cistifellea negli aumenti modici ha forma di pera, ed è invece cilindrica o globosa in quelli notevoli.

Per rilevare tale aumento occorre tener presente i limiti normali, specialmente del fondo. Nell'adulto questo sorpassa il margine epatico di 10-15 mm.; osserva però C. Fedele (*Gazz. Osped. e Cliniche* 5 ottobre 1924) che la proiezione del fondo si fa in punti differenti secondo la posizione del malato; nel decubito dorsale il fondo scompare sotto il margine epatico, in posizione eretta, esso corrisponde al margine destro del retto addominale ed all'estremo anteriore della decima costa.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

Le mastoiditi latenti.

Reverchom (*Monographies oto-rhino-laringologiques*, marzo 1923) fa un ampio studio delle così dette mastoiditi latenti. Si tratta di un processo di osteite mastoidea che si sviluppa nel corso di un'otite acuta senza alcun sintoma clinico e che poi si manifesta con fenomeni gravi. Il diabete è tra le condizioni che costituiscono un terreno favorevole per lo sviluppo di quest'affezione, che per altro sembra essere essenzialmente determinata dalla indipendenza anormale relativa, anatomica o patologica, delle cavità timpaniche e mastoidee.

Data la insidiosità del male non può darsi un quadro clinico dell'affezione. La diagnosi non è possibile se non quando si presentano i fenomeni, che sorprendono per la loro gravità e la loro acutezza improvvisa. Nè la intensità del processo otitico lascia supporre la grave complicazione, chè anzi l'otite è per lo più leggera.

Al principio, dopo la paracentesi del timpano il pus ricompare a getti, come una fontana intermittente. Quando la perforazione è spontanea avviene in alto ed indietro.

L'esteriorizzazione del pus dalla mastoide può essere rapida ed anche procedere quella del timpano, ma per lo più è lenta e si produce dopo parecchie settimane. Si può avere anche mastoidite senza otite apparente.

Il particolare stato psichico, malessere generale, pesantezza di testa, insonnia, deve richiamare l'attenzione del medico.

L'esame dovrà rilevare la presenza, la forma, la situazione della perforazione, l'abbondanza, l'intermittenza, la durata dello scolo di pus.

L'ascoltazione, la transilluminazione della mastoide, ma sopratutto la radiografia ne facilita l'esplorazione clinica. Ogni volta che nella sintomatologia o nel decorso d'una affezione otitica si nota qualche fatto che, con o senza suppurazione della cassa, faccia supporre una mastoidite latente, è indicata l'esplorazione chirurgica.

dr.

Contributo alla casistica delle angine a decorso grave.

O. Halir (*Wiener Arch. f. Inn. Med.*, n. 2, 1924) riferisce 4 casi di angina a decorso gravissimo. Nel primo caso la malattia decorse come una sepsi criptogenetica; soltanto all'autopsia si potè identificare il focolaio settico primitivo in un ascessolino localizzato nella tonsilla di sinistra,

visibile soltanto dopo la sezione di essa. Clinicamente il faringe appariva normale; del resto spesso angine con scarso reperto locale hanno un decorso molto più grave di angine con essudato imponente.

I microrganismi determinanti l'angina hanno spesso una predilezione per il sistema emopoietico; nel caso riferito esisteva una leucocitosi (30,000 leucociti) trasformatasi entro 5 giorni in leucopenia spiccata (2400 leucociti), in seguito ad esaurimento del sistema mielopoietico. Nel secondo caso una angina flemmonosa della tonsilla sinistra, estesasi al palato molle fino all'ugola ed accompagnantesi ad ascesso della tonsilla destra determinò improvvisamente ed inaspettatamente la morte in un uomo di 31 anni affetto da stato linfatico. Nel terzo caso un'angina di Plaut-Vincent determinò in un uomo di 26 anni una intensa reazione mieloide (67 % mielociti nel sangue) e monocitosi. Decorso rapidamente mortale. L'autopsia dimostrò i segni di una leucemia mieloide acuta oltre ad un'angina gangrenosa; nel quarto caso una donna di 20 anni ammalata di una grave forma di angina della durata di 9 giorni presentò nel sangue un'intensa monocitosi (22 %). L'autore crede che l'angina accompagnata da monocitosi sia una forma di angina del tutto particolare e forse più frequente di quanto si crede.

POLI.

Cause d'insuccesso nell'asportazione delle tonsille e delle adenoidi.

H. Mortimer Wharry (*British med. Journ.*, 5 aprile 1924) afferma che le tonsille si tolgono quando o disturbano meccanicamente la respirazione, o sono sede di flogosi acute ricorrenti, o sono cronicamente infette per modo da agire come focolaio d'infezione. Specialmente in questi ultimi due casi occorre asportarle completamente. Ciò riesce talora difficile se non si mette bene in evidenza la tonsilla: bisogna tuttavia evitare di ledere i pilastri o il piano muscolare su cui la tonsilla riposa. Bisogna poi evitare una eccessiva emorragia, e controllare la perdita di sangue per qualche tempo dopo l'operazione. Tale perdita, se non si provvede, può essere considerevole.

Nel modo più semplice si può arrestare con l'apposito clamp, che essendo alquanto incomodo, richiede la transitoria morfinizzazione del paziente. Si può anche arrestare legando i vasi sanguinanti, per il che è necessaria l'anestesia, con un anestetico che non arresti l'emorragia, cioè l'etere o la miscela etere-ossigeno-protossido d'azoto.

Dopo otto o dieci giorni può sopravvenire una emorragia secondaria, onde occorre tenere per qualche tempo gli operati sotto una certa sorveglianza.

Le vegetazioni adenoidi si tolgono per ovviare all'ostruzione nasale, al catarro cronico nasale e retronasale, al catarro e alle suppurazioni dell'orecchio medio. Lo scopo può fallire se le vegetazioni non sono la causa della condizione morbosa, o se ne vengono lasciati residui in posto. Ciò accade di solito o nella parte più alta delle coane, o nella fossetta di Rosenmuller, o in corrispondenza del tubercolo anteriore dell'atlante. Si può impedire con una revisione digitale accurata, dopo il raschiamento. Se si tolgono contemporaneamente le tonsille e le adeniti, occorre curare bene l'emostasi dopo ogni singolo intervento.

Va appena ricordato che adenoidi e tonsille non si tolgono finchè le condizioni generali di salute del soggetto non sono soddisfacenti, o finchè esistono focolai infettivi nella bocca, nei denti, nelle tonsille stesse.

I collutori con acqua ossigenata diluita sono efficacissimi per l'igiene della bocca, prima e dopo l'intervento, e valgono pure a prevenire in parte le emorragie secondarie.

DORIA.

Tubercolosi laringea e suo significato per il medico.

Sir StClair Thomson riferisce i dati statistici ricavati su quasi 500 casi di tbc. laringea, raccolti in un periodo di dieci anni su 2541 malati di tbc. polmonare. La percentuale della complicazione laringea è del 18.77. I malati furono osservati in un Sanatorio e in stadi non avanzati, poichè l'autopsia dimostra che in tutti i casi mortali di tbc. polmonare, la laringe è ammalata dal 40 all'83 %. I sintomi che debbono richiamare l'attenzione del medico sulla tbc. laringea iniziale sono: 1) leggera ma persistente raucedine; 2) sensazioni moleste alla laringe o anche dolore nell'inghiottire. Non bisogna però dimenticare che la *voce rauca* può mancare (57 casi su 500) come sintoma, se i tubercoli hanno invaso solo l'epiglottide, o le pieghe ariepiglottiche.

Riguardo alla frequenza della complicanza laringea nei diversi stadi della tbc. polmonare, StClaire Thomson trovò 1 caso di tbc. laringea su 20 casi di tbc. polmonare iniziale, mentre in casi più avanzati (gruppo II e III della classificazione Turban-Gerhardt) le proporzioni salivano a 1:5 e 1:3.

La regione della laringe più comunemente affetta è la vicinanza della commissura posteriore, cioè: l'area interaritenoidea, la superficie anteriore dei corpi aritenoidi e i processi vocali. Le corde vocali seguono subito come frequenza, men-

tre l'epiglottide e la regione della commissura anteriore sono attaccate più di rado o più tardi.

L'A. ha ottenuto su 500 casi di tbc. laringea ben 119 complete guarigioni di questa complicanza: è il numero di guarigioni più alto che sia mai stato pubblicato in Inghilterra. La cura venne fatta con tre metodi: 1) riduzione della voce al *bisbiglio* (metodo non sicuro e che fu sempre associato al galvanocauterio); 2) cura del *silenzio completo* che, da sola, guarì 23 casi; 3) *galvanocauterio* che diede 46 guarigioni, di cui parecchie datano da dieci anni. Dei 119 casi guariti completamente, 69 erano ancora vivi dopo periodi di due a dieci anni. Cinquanta sono morti, e di regola con una laringe ancora cicatrizzata, in seguito all'aggravarsi delle condizioni polmonari.

Concludendo, l'A. ritiene che attualmente è permesso considerare in modo meno pessimistico l'apparire della complicazione laringea, mentre fino a non molti anni fa essa era ritenuta come « la garanzia della morte ». (*British Med. Journ.*, 2 novembre 1924).

Dr. L. GULLINI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La questione del centro del sonno nel mesencefalo dell'uomo.

Durante l'epidemia di grippe del 1890, riuscì a Mautner di localizzare il centro del sonno, sulla scorta di sintomi clinici, nella sostanza grigia del ventricolo medio. In seguito furono pubblicate altre osservazioni confermanti tale ipotesi, che fu discussa e accettata anche di recente dai vari autori che si sono occupati dell'encefalite epidemica.

D'altronde una simile localizzazione è anche verosimile pel fatto della sua immediata vicinanza coll'ipotalamo, ove si trovano tutti i centri delle funzioni vegetative.

E. Adler (*Med. Klin.*, n. 38, 1924) reca in proposito un nuovo contributo clinico. Si tratta di una donna di 27 anni, nella quale, in seguito a poliartrite, insorse una endocardite, che in quattro mesi la uccise. Verso il termine della malattia si presentò un'afasia motoria, e 14 giorni prima della morte si stabilì uno stato di profondo letargo. All'autopsia si riscontrò, tra le altre lesioni, un ascesso embolico interessante la sostanza grigia del 3° ventricolo, bilateralmente, con il parziale interessamento dell'ipotalamo e del talamo.

E. Hirsch (ibid.) pubblica un altro caso riguardante una paziente di 67 anni, accolta in clinica per emiparesi sinistra ed emiplegia destra, la quale, dopo un periodo di estrema agitazione, cadde in uno stato di profonda sonnolenza, che l'accompagnò fino alla morte. All'autopsia si trovò un ascesso che, iniziandosi nella commissura anteriore, aveva distrutto tutto il talamo sinistro eccetto la porzione ventrale e il pulvinar, per terminare presso la commisura posteriore, ledendo anche un poco la capsula interna e il nucleo lenticolare. La sostanza grigia del 3° ventricolo era invece intatta.

La discussione di tale caso, confrontato col precedente, induce l'autore a concludere che verosimilmente tanto la parte mediale del talamo ottico sinistro, quanto la sostanza grigia del 3° ventricolo rappresentano il centro del sonno, e che di conseguenza il sonno patologico subentra allorquando sono colpiti ambedue i centri, o le vie che conducono dall'uno all'altro.

M. FABERI.

NOTE DI TECNICA.

Mezzi di coltura per la diagnosi differenziale dei bacilli del gruppo tifo-coli.

W. Joffe (*Deutsche med. Wochen.*, 4 luglio 1924) ha potuto assodare che il bacillo del tifo, come pure quello del para A. non può utilizzare come sorgente di azoto nè l'albumina, nè la globulina e che il primo non cresce in terreni contenenti citrato di sodio ad una certa concentrazione, che invece è indifferente per i due paratifi. Per la diagnosi differenziale dei tre bacilli, l'A. propone quindi di seminare in tre tubi, l'uno di agar comune al brodo, l'altro di agar al peptone e miscela di sali del latte, il terzo di agar-latte di Hartoch e Schlossberger. Dopo 24 ore di termostato si avrà che: il tifo si è sviluppato nel primo terreno, il para A. nel primo e nel secondo, il para B in tutti tre.

L'agar al peptone e sali del latte si prepara con peptone 1 %, agar 2 % in acqua distillata contenente: Cloruro di sodio 0,5 %; cloruro di potassio 0,05 %; cloruro di magnesio 0,05 %; fosfato di potassio ($KH_2\ Ph_2$) 0,4 %; citrato di sodio 0,15 %. In questo terreno crescono i due paratifi. Portare al punto neutro del tornasole. L'agar-latte si prepara mescolando a parti uguali latte intero o scremato con soluzione di agar al 4 % in acqua distillata contenente 5 % (sic) di cloruro di sodio; la soluzione di agar va portata al punto neutro del tornasole. Sterilizzazione frazionata. Su questo terreno che contiene solo albumina e globulina cresce solo il para B.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Libere docenze. Al dott. O. B., da Adis Abeba (Etiopia):

Si può chiedere l'abilitazione alla libera docenza in patologia esotica. Le libere docenze si conseguono oggi soltanto per titoli, con integrazione di prove pratiche. Occorre inoltrare domanda al Ministro della P. I. e corrispondere le tasse.

La trattazione più ampia di medicina tropicale è quella diretta da Meuse, di cui è in corso una nuova edizione; un buon manuale, ma ormai di vecchia data, è quello di Manson, tradotto in italiano. V. A.

Dosamento dei prodotti della digestione proteolitica per mezzo del formolo. — Al dott. U. D. F da P. T.:

Il principio su cui si basa la determinazione degli aminoacidi, col metodo di Sörensen al formolo è il seguente. Negli aminoacidi, si trova un gruppo basico NH_2— ed uno acido, COOH—, che si compensano in modo che gli aminoacidi reagiscono praticamente neutri. Quando si aggiunge della formalina, questa si combina col gruppo aminico con scissione di acqua e formazione di un composto metilenico, sicchè l'aminoacido si comporta come un acido grasso, che può essere determinato con la titolazione acidimetrica. Usando una soluzione N/5 di soda caustica, si ha che 1 cmc. corrisponde a mg. 2,8 di Azoto degli aminoacidi (o dell'ammoniaca). Siccome anche l'ammoniaca si comporta analogamente con la formalina, è necessario determinare anche essa, per detrarne poi la quantità trovata od eliminarla mediante la distillazione nel vuoto.

Il procedimento è abbastanza semplice, perchè si riduce in fondo ad una determinazione acidimetrica, ma è troppo lungo per essere qui descritto in tutti i suoi particolari.

fil.

Ricerca dell'indicano glicuronico nelle urine. — Al dott. P. D. V., da P. M.:

L'acido glicuronico appare nelle urine, non già libero, ma in combinazione con fenol, scatossile, indossile, timolo, ecc. È appunto alla combinazione indossile-acido glicuronico che alcuni danno il nome di indicano glicuronico, mentre il nome di indicano dovrebbe essere riservato alla combinazione indossile-acido solforico (indicano solforico).

La ricerca dell'indicano glicuronico corrisponde quindi a quella dell'acido glicuronico, che si esegue col metodo di Salkowski e Mayer. A caldo, si scioglie della floroglucina in 5-6 cmc. di acido cloridrico in modo che, di quella, si trovi un leggero eccesso. Si divide questo reattivo in due metà; ad una si aggiunge 1/2 cmc. dell'urina in esame, all'altra uguale quantità di urina normale. Si mettono i due tubi in bagno-maria bollente. Nell'urina contenente acido glicuronico, si osserva un colore rosso, che si manifesta dall'alto al basso; nell'urina normale, il cambiamento di colore è nullo od insignificante.

La reazione è data anche dai pentosi, quindi si deve escludere la presenza di questi. A tale scopo, si aggiunge a 50 cmc. di urina dell'acido solforico concentrato, in modo da ottenere una concentrazione di 1%. Si riscalda, in capsula, a fuoco libero, facendo bollire per 2-3 minuti, dopo di che si fa la prova con l'orceina e, se questa riesce negativa, la si ripete dopo bollitura per altri due minuti. Per questa prova, si scioglie a caldo, in acido cloridrico concentrato fumante (3-5 cmc.), una punta di coltello di orceina, in modo che ne rimanga un leggero eccesso. Al reattivo, ancor caldo, si aggiungono 3-5 cmc. di urina e si riscalda fino ad ebollizione. La presenza di pentosi si rivela con una colorazione verde scura. Si raffredda il tubo sotto una corrente di acqua e si estrae la sostanza colorante con una piccola quantità di alcool amilico. L'estratto, di un colore verde smeraldo, mostra all'esame spettroscopico delle righe di assorbimento nella parte rossa, fra C e D.

FILIPPINI.

VARIA.

L'alcool in medicina.

L'uso dell'alcool nella terapia esterna è molto diffuso come solvente di medicamenti applicati sulla cute o come lavanda specie per evitare i decubiti. Per iniezione è adoperato come distruttivo dei tronchi nervosi nelle forme nevralgiche specie nella sciatica e nella nevralgia del trigemino, nella quale viene iniettato anche nel ganglio di Gasser.

L'alcool è adoperato anche come solvente di sostanze medicamentose insolubili o poco solubili in acqua.

Per quel che riguarda l'uso dell'alcool per via orale come medicamento per sè stesso osserva Hunmphry Rolleston (*Practitioner*, ottobre 1924) le opinioni sul suo valore terapeutico hanno subito frequenti oscillazioni. Sulla base di considerazioni teoriche gli si è negata ogni virtù medicamentosa. Poichè le esperienze fisiologiche hanno dimostrato che l'alcool è un deprimente più che un eccitante, si è concluso che esso è dannoso anzichè benefico. Ma molti medici hanno ottenuto dall'alcool risultati favorevoli in varie malattie e ne hanno generalizzato la efficacia e ra-

comandato l'uso nella pratica opponendo agli avversari che il valore farmacologico di una sostanza è diverso a seconda che viene sperimentata in individui sani o malati.

Si attribuisce all'alcool la capacità di stimolante energico e rapido ed a tale effetto è stato largamente adoperato nella crisi della pulmonite. L'azione sul cuore è immediata probabilmente per riflesso dell'eccitazione della mucosa gastrica, ma si tratta di un eccitamento transitorio, cui segue una pericolosa depressione. All'azione riflessa segue l'azione diretta dell'alcool assorbito sul miocardio, azione che è veramente deleteria. E quando la somministrazione è più volte ripetuta, il muscolo cardiaco subisce l'azione dannosa delle tossine batteriche e dell'alcool, una doppia e combinata intossicazione che lo fa cadere in degenerazione.

È stato dimostrato inoltre che l'alcool abbassa il naturale potere di resistenza alle infezioni.

Poichè l'alcool è un alimento, ne è stato raccomandato l'uso nei casi nei quali non è possibile la nutrizione ordinaria. Ma è ovvio che per riuscire effettivamente nutritivo occorrerebbe somministrarne in quantità tali che non possono non riuscire dannose.

Perchè possa avere valore alimentare pratico l'alcool dovrebbe essere ingerito in notevole quantità ed in forte concentrazione. Ora è da osservare che l'alcool è assorbito rapidamente dallo stomaco e dall'intestino senza subire modificazioni digestive e che rapidamente si diffonde in tutto l'organismo venendo a contatto con gli elementi cellulari, i quali ne risentono gli effetti tossici più o meno a breve scadenza.

L'uso prolungato dell'alcool nel tifo, raccomandato da qualcuno come eccitante e nutritivo, è assolutamente sconsigliabile, perchè molto pericoloso per la sua azione sul sistema nervoso e sul cuore; sembra che esso favorisca le emorragie intestinali. Nella stessa affezione è stato consigliato come diaforetico ed antipiretico, ma non è a ricordare che al riguardo si hanno a disposizione mezzi terapeutici più efficaci e meno dannosi.

Il tentativo di introdurre l'alcool nella terapia del diabete non è stato coronato da successo. Le considerazioni teoretiche fanno pensare che l'alcool come valore alimentare è equivalente ai carboidrati, la pratica ha dimostrato che i diabetici si avvantaggiano più dall'astinenza che dall'uso di bevande alcooliche.

L'uso dell'alcool come tonico dello stomaco durante la convalescenza delle malattie infettive conta ancora molti fautori. Al riguardo è da notare che le tinture adoperate giovano più per le sostanze che vi sono disciolte che per il loro solvente. In ogni caso sono da bandire i liquori ad alta percentuale alcoolica. Chittenden, Hanebourg ed altri hanno dimostrato che la percentuale di uno a due di alcool nel contenuto gastrico eccita l'attività proteolitica, mentre nella proporzione del 10 % gli effetti sono opposti. È da preferirsi il vino a basso contenuto alcoolico, che favorisce i processi digestivi anche, e forse più, per le altre sostanze che in esso si trovano sciolte.

Sembra che l'alcool concentrato riesca bene nella flatulenza.

Nel carcinoma gastrico l'alcool è consigliabile perchè allevia il dolore, ostacola i processi fermentativi e le eruttazioni, e dà un senso di benessere. Di fronte a queste azioni favorevoli non vale qualsiasi pericolo trattandosi di individui condannati.

Invece nell'ulcera gastrica, nell'ipercloridria, nell'ipertonia gastrica l'acool esacerba tutti i disturbi.

Nelle insufficienze cardiache acute e nelle minaccie di sincope l'alcool concentrato può essere utile stimolando l'attività cardiaca per via riflessa in seguito alla eccitazione della mucosa gastrica. Ma per ottenere tale effetto l'etere è altrettanto efficace ed ha il vantaggio di avere azione più rapida e di agire dopo l'assorbimento sul cuore eccitandolo più energicamente, mentre l'azione deprimente secondaria è meno intensa che quella dell'alcool.

Nelle affezioni cardiache croniche l'uso dell'alcool è da inibirsi assolutamente. Esso tende ad indebolire il cuore, a dilatarlo, ad aggravare quindi le cardiopatie organiche.

Quantunque esso tende ad abbassare la pressione sanguigna dilatando i vasi periferici non è consigliabile nella ipertensione per la sua azione dannosa sugli organi nervosi, sul cuore e su i vasi stessi.

Nè può sfruttarsi a scopi terapeutici la sua azione ipnotica, sedativa e deprimente, non solo perchè quest'azione è incostante e quasi sempre preceduta o seguita da stati di eccitamento, ma anche perchè per tali effetti, a parte i suoi immancabili pericoli quando venga usato a lungo, la terapia possiede farmaci più sicuri e meno nocivi.

L'uso continuo dell'alcool non può essere consentito se non nelle forme morbose che non lasciano speranza di guarigione e nelle quali ci sia bisogno di alleviare le sofferenze dei pazienti e di ottenebrarne la intelligenza. È un modo di dare la morte pietosa. Ma l'eutanasia fornita da altri medicamenti, dall'insuperabile morfina, è più dolce.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

IV. — Fine dei poteri straordinari per la revisione degli organici.

Alla data 31 dicembre 1924 è scaduto il termine prorogato per l'esercizio del potere di sostituzione da parte del Prefetto.

Si rientra, dunque, nella normalità. Avvertiamo però che i Comuni possono sempre riordinare il servizio e modificare i regolamenti organici, purchè però non pregiudichino diritti quesiti · stabilità, stipendio, aumenti periodici, indennità, retribuzioni su lavori straordinari.

Essi possono anche sopprimere posti non più necessari e licenziare, conseguentemente, i titolari dei posti soppressi, salvo il ricorso degli interessati alla G. P. A. in sede giurisdizionale, contro il licenziamento, e salva l'approvazione dell'autorità tutoria (G. P. A.) per la deliberazione riguardante la riforma dell'organico e la soppressione del posto.

V. — Esercizio abusivo della odontoiatria.

Essendo richiesto per l'esercizio della professione di odontoiatra la laurea in medicina e chirurgia ed in via transitoria un titolo rilasciato da una Commissione appositamente creata, non possono essere equipollenti le prove e gli attestati che provengono da consessi sanitari diversi. (Nel caso in esame si sosteneva che l'autorizzazione eccezionale concessa dall'autorità militare in tempo e in zona di guerra potesse valere in condizioni normali di tempo e di luogo).

Il reato di esercizio abusivo di professioni sanitarie ha carattere contravvenzionale e quindi la pena è quella dell'ammenda; però questa è estensibile sino a L. 5000 e quindi è competente a conoscere del reato il Tribunale.

(Corte di Cassazione, I Sez. penale, sentenza 24 marzo 1924, ric. Sala).

VI. — Una grave questione circa la competenza a giudicare delle controversie di carattere patrimoniale derivanti dal rapporto di impiego.

La questione che qui segnaliamo è grave dal punto di vista giuridico; ma più lo è per le conseguenze pratiche di incertezza circa la via che si deve seguire in casi purtroppo frequenti. L'errore può determinare la estinzione di diritti e di azioni; è necessario, quindi, vigilare per ben regolarsi pur fra le difficoltà dipendenti dalla legge.

Non intendiamo trattare qui, dal punto di vista giuridico, la questione, che è assai complessa: nè gioverebbe ai lettori di questa rubrica e occorrerebbe molto spazio. Il fine di questa nota è, invece, *informativo*.

Dopo un lungo periodo di incertezza e di contrasti dottrinali e pratici circa i limiti della competenza della giurisdizione amministrativa e del magistrato ordinario per le controversie tra privati e amministrazione pubblica, si era giunti ad una sistemazione, la quale aveva almeno il pregio inestimabile della *certezza*.

Fra altre risoluzioni, che non occorre ricordare ora, questa era assodata: è competente l'autorità giudiziaria ordinaria a conoscere delle controversie aventi per oggetto diritti patrimoniali, anche se derivino da un rapporto di impiego pubblico.

Così, per es., le azioni concernenti diritti quesiti allo stipendio, alla indennità caro-viveri, a compensi straordinari, ecc., dovevano essere esercitate innanzi al magistrato ordinario, competente per valore.

Ma la nuova legge per la giurisdizione amministrativa, entrata in vigore il 1° luglio 1924, ha generato un gravissimo dubbio anche su questo punto, che essenzialmente non era stato mai oggetto di seri contrasti.

Limitiamo la esposizione al caso più frequente per gli impiegati degli enti locali, cioè alla competenza della Giunta Provinciale Amministrativa. (Analoga è la questione in rapporto alla legge sul Consiglio di Stato).

Il testo unico 26 giugno 1924, n. 1058, dispone così all'art. 4: « La G. P. A. giudica, *con giurisdizione esclusiva, sui ricorsi per questioni derivanti dal rapporto di impiego* prodotti da impiegati... ».

Dunque: la competenza della G. P. A., che prima riguardava i ricorsi contro deliberazioni concernenti il licenziamento, la dispensa dal servizio, la sospensione, la formazione del ruolo di anzianità e che è rimasta ferma per esplicita disposizione del secondo comma del citato art. 4, è ora estesa con formula amplissima e non precisa a tutte « *le questioni derivanti dal rapporto di impiego* ». Soggiunge l'art. 5: « nelle materie deferite alla esclusiva giurisdizione della G. P. A., *questa conosce anche di tutte le questioni relative a diritti* ».

Questa disposizione non fa distinzione ma prevede tutti i diritti: si dovrebbe quindi ritenere

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

che siano attribuite alla G. P. A. anche le controversie relative a *diritti patrimoniali*, cioè le materie che l'art. 2 della legge fondamentale sul contenzioso amministrativo 20 marzo 1865, n. 2248, all. *E*, deferiva in ogni caso al magistrato ordinario « comunque vi possa essere interessata la pubblica amministrazione ».

Buona o cattiva, sarebbe questa una disposizione chiara. Ma l'art. 5 sconvolge la situazione perchè soggiunge: « restano tuttavia sempre riservate all'autorità giudiziaria ordinaria le questioni attinenti a *diritti patrimoniali conseguenziali* alla pronunzia di legittimità dell'atto o provvedimento contro cui si ricorre... ».

Dunque, sono eccettuate le questioni patrimoniali *conseguenziali*. Ma se la questione patrimoniale derivante dal rapporto di impiego (stipendio, indennità, ecc.) *non è conseguenziale* alla pronunzia di legittimità di un atto, ma è l'obbietto stesso della controversia, è competente la G. P. A. o il magistrato ordinario?

Se, per es., l'impiegato pretenda che un determinato atto, del quale non si contesta la legittimità, sia fonte di una obbligazione giuridica del Comune? Le ipotesi si potrebbero moltiplicare e purtroppo sono e saranno frequentissime. Citare innanzi al magistrato ordinario importerebbe, se poi questo si dichiarasse incompetente, perdere l'azione e normalmente anche il diritto perchè frattanto decorrerebbe il termine di 30 giorni per il ricorso alla G. P. A.

In materia così delicata la imperfezione del testo della legge è veramente deplorevole.

Noi avemmo occasione di concludere così per consultazioni private: le questioni di diritto patrimoniale appartengono all'autorità giudiziaria; se l'art. 5 fa salve ad essa le questioni attinenti a diritti patrimoniali *conseguenziali*, si deve ritenere che sia rimasto fermo il principio stabilito dalla legge fondamentale sul contenzioso amministrativo e che le stesse questioni siano eccettuate e rimangano riservate all'autorità giudiziaria, quando costituiscano l'obbietto del giudizio, anche se questo non abbia per presupposto la pronunzia di illegittimità di un atto amministrativo.

Così, per es., se io pretendo che per legge o in forza del regolamento organico il Comune sia obbligato ad una data indennità, posso agire innanzi all'autorità giudiziaria al fine del pagamento della somma dovutami; se il Comune delibera la modificazione del regolamento organico che mi attribuisce la indennità, ricorrerò alla G. P. A. per far dichiarare illegittimo questo provvedimento, salva la competenza dell'autorità giudiziaria per la questione di diritto patrimoniale conseguenziale.

Successivamente, la questione è stata esaminata dalla IV Sezione del Consiglio di Stato, la quale, con decisione 22 agosto 1924, n. 635, ha dichiarato che « le questioni attinenti a diritti « patrimoniali rimangono sempre, e così anche « nelle materie deferite alla esclusiva competenza « del Consiglio di Stato (o della G. P. A.), come « sarebbe il rapporto di impiego, riservate all'au- « torità giudiziaria... anche quando esse costitui- « scono l'oggetto esclusivo del ricorso ».

Avvertiamo, infine, che la questione non si può considerare definitivamente risoluta e che ne sarà fatto certamente ulteriore esame, se non altro a scopo di precisazione.

VII. — Provvedimenti del Prefetto qualora il posto di ufficiale sanitario sia vacante.

Un decreto del Prefetto che conferisce provvisoriamente l'incarico di ufficiale sanitario è *definitivo*, nel senso che contro di esso può essere prodotto ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale e non in sede gerarchica.

L'art. 95 del regolamento 19 luglio 1906, n. 466, dispone che nei comuni e consorzi, ove il posto di ufficiale sanitario sia vacante od il titolare sospeso, le funzioni inerenti a tal carica sono affidate, con decreto del Prefetto, ad uno degli ufficiali sanitari più vicini, al quale spettano le relative indennità. Stabilisce inoltre l'art. 95 che il Prefetto, quando le circostanze lo richiedano, potrà anche affidare il temporaneo incarico di tali funzioni ad un medico chirurgo libero esercente od impiegato del locale ufficio comunale d'igiene.

Quest'ultima disposizione attribuisce ai Prefetti una facoltà del tutto eccezionale, in deroga alle norme generali; ma l'uso di essa è subordinato alla constatazione della esistenza di circostanze altrettanto *eccezionali*, di una vera e propria necessità urgente, della quale dovrebbe essere fatto cenno esplicito, o che, per lo meno, possa essere chiaramente desunta da atti giustificativi.

Così ha deciso la IV Sezione del Consiglio di Stato con sentenza 6 settembre 1924, n. 649, ricorrente dott. Caputo.

È utile avvertire, per altro, che l'art. 95 si riferisce al caso in cui il posto di ufficiale sanitario sia regolarmente istituito e sia vacante o il titolare sia sospeso; ma non riguarda quel regime di provvisorietà del quale ci siamo recentemente occupati in questa rubrica. Infatti la IV Sezione ha confermato che soltanto necessità eccezionali ed urgenti possono legittimare l'applicazione dell'art. 95, secondo comma.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Nuova organizzazione della lotta antimalarica.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha diramato ai Prefetti delle provincie aventi zone malariche una circolare, in cui si richiama che col 1° gennaio 1925 entra in vigore il R. Decreto 30 dic. 1923, n. 2883, sulla riforma degli ordinamenti sanitari, nella parte che riflette le modifiche delle competenze e delle attribuzioni degli Enti locali nei riguardi delle provvidenze per diminuire le cause della malaria.

La somma occorrente per l'acquisto del chinino viene ora stanziata dalla provincia, in conformità ad un preventivo fatto dal medico provinciale; la spesa viene poi addebitata ai proprietari dei terreni posti in zone malariche, in base ad elenchi e ruoli di reparto apprestati e pubblicati dai Comuni.

Si richiama l'attenzione sull'art. 8, il quale conferisce ai prefetti il potere di rendere obbligatorio l'intervento integrativo della provincia nella profilassi delle malattie infettive e diffusive endemiche, e quindi della malaria, quando concorrano speciali circostanze inerenti alla impossibilità per i Comuni di provvedere da soli ai servizi relativi.

MEDICINA SOCIALE.

L'Opera Nazionale per l'assistenza agli orfani di guerra anormali psichici e gli Istituti medico-pedagogici di Roma e di Fornaci di Barga.

Da una relazione del prof. A. Romagna-Manoia si rileva che la fondazione degl'Istituti medico-pedagogici per gli Orfani di guerra anormali psichici si riannoda all'azione a favore di minorenni anormali in genere che, fino dal 1900, la Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma, diretta dal prof. Giuseppe Montesano, è andata svolgendo con la preparazione d'insegnanti adatti per la speciale missione e con l'istituzione di Classi, Educatorii differenziali, Colonie estive, ecc.

Le difficili condizioni create dalla guerra a quella parte più misera della popolazione da cui proviene il maggior numero degli alunni anormali, spinsero il Comitato delle classi differenziali, con a capo la dott.ssa Gabriella Malagodi, ad intensificare la propria opera di assistenza ed a provvedere anche ai casi per i quali si rendeva necessario l'internato; a colmare cioè una lacuna che si era verificata nella Provincia di Roma con la chiusura dell'Istituto medico-pedagogico diretto dallo stesso prof. G. Montesano. Sorse all'uopo un Comitato provvisorio. Lo statuto veniva approvato con R. D. 16 gennaio 1921 (poi modificato con altro del 23 dicembre 1923). L'azione pratica venne intrapresa sotto la guida del generale Giardino. L'Opera andò sviluppandosi e ottenne dal Governo la concessione del Forte Ostiense con vasto terreno annesso da adattarsi a Istituto Centrale.

L'ing. Luigi Orlando mise a disposizione dell'Opera un edificio, costruito a Fornaci di Barga con i contributi degli operai della Metallurgica Italiana, allo scopo di accogliervi orfani di guerra e intitolato al Poeta G. Pascoli. Poichè tale Istituto era anche allestito completamente, si potè con solenne cerimonia inaugurarlo nel dicembre 1922, prima ancora di quello centrale, accogliendovi un primo nucleo di 20 orfani.

All'Istituto di Fornaci di Barga, come più tardi a quello di Roma, fu data un'organizzazione medico-pedagogica suggerita dalla lunga esperienza ed alta competenza del prof. Giuseppe Montesano, consulente tecnico dell'Opera, e vi si adottarono i metodi d'educazione ed istruzione proprii della su ricordata Scuola Magistrale Ortofrenica. Tale indirizzo insieme con la sapiente Direzione medica del prof. C. Ferrarini del Manicomio di Lucca, l'assidua vigilanza dell'ing. Orlando e dell'ing. Riva, direttore della Metallurgica, le cure affettuose delle Suore Alcantarine cui sono affidati i servizi interni, l'opera paziente delle insegnanti appositamente istruite nei detti metodi, tutto ha contribuito al rapido miglioramento dei ricoverati.

L'Istituto Centrale in Roma, che si intitola al nome del generale Gaetano Giardino, fu messo, nell'ottobre 1923, in grado di accogliere i primi ricoverati. La direzione dell'Istituto è affidata al dott. Romagna Manoia, coadiuvato da un'assistente, con residenza nell'Istituto, la dott.ssa R. Filkevic; l'insegnamento è impartito con i metodi della Scuola Magistrale Ortofrenica di Roma, da valenti insegnanti diplomate dalla medesima.

L'accettazione degli orfani viene fatta o in seguito a visita del Direttore, o in base a certificati medici dai quali deve risultare il grado di deficienza mentale o delle anomalie del carattere, tali però da far ritenere che il soggetto possa essere *educabile*. Vengono ammessi quei soggetti nei quali, oltre insufficienza mentale, si hanno esiti di malattie o malattie che producono complicanze e che non possono essere curate efficacemente, se non ricoverandoli: epilessia, isteroepilessia, eccitamento o depressione d'umore o confusione periodica, esiti di pregresse encefaliti o poliomieliti che abbiano dato luogo a paralisi o paresi di qualche membro, ecc., o gravi anomalie del carattere che richiedano sorveglianza notturna e diurna, debolezza mentale dovuta principalmente a malattie degli organi della vita vegetativa, non infettive, per cui riesca opportuna una cura ospedaliera e climatica (oligoemia, predisposizione alla tubercolosi, ecc.).

I fanciulli accettati entrano in osservazione:

stabilito o meno il criterio dell'educazione, essi vengono definitivamente trattenuti oppure proposti alle Autorità per la dimissione, quando risultino poco o nulla educabili o affetti da malattie che richiedano l'internamento in ospedali speciali.

Per ogni fanciullo si fa una completa cartella clinica, ed una cartella biografica.

I soggetti ricoverati offrono, anche ad un esame superficiale, numerose anomalie fisiche e psichiche: colpisce in alcuni la presenza di gravi irregolarità della forma del cranio, dei denti, dello scheletro, asimmetrie, paresi, difetti di sviluppo, ecc.; in altri, mentre l'esame morfologico non fa rilevare dati importanti, le indagini sulle condizioni psicologiche, e su speciali funzioni, fanno giudicare al medico, più che al profano, la insufficienza intellettiva o le anomalie del carattere, per cui rappresentano soggetti degni della massima sorveglianza e di non minori cure. Su circa un centinaio di anormali ricoverati è ancor poco rilevante il numero degli epilettici (10), maggiore quello dei deficienti cerebropatici, e con anormalità funzionali (paresi, movimenti coreici, ecc.); in più grande numero sono però i frenastenici biopatici, con anomalie del carattere, fra i quali molti tardivi; non mancano poi casi di chiara disfunzione endocrinica (mixedema infantile) ed altri infine nei quali i disturbi della sfera psichica si sono manifestati in conseguenza della encefalite epidemica (bradifrenici postencefalitici).

Interessante è un caso di acrocefalo-sindattilia, che malgrado le numerose malformazioni somatiche, dopo un anno di assidue cure è notevolmente migliorato, ed è capace di eseguire bene, già, alcuni piccoli lavori.

L'alimentazione costituisce uno dei capisaldi del trattamento medico-igienico dei ricoverati, prevalentemente vegetariana, sanissima; l'orario giornaliero stabilisce i turni e le ore di scuola e di insegnamento professionale (laboratorî di calzolaio, falegname, meccanico, lavori di ortaggio, di cucina, di lavanderia, ecc.).

L'esperienza di oltre un anno di funzionamento sia della succursale di Fornaci di Barga sia dell'Istituto Centrale, è soddisfacente per i risultati ottenuti. Le condizioni somatiche dei ricoverati, che spesso giungono in istato di sensibile denutrizione, o sofferenti per disturbi vari, rapidamente migliorano in tutti i soggetti. Dal punto di vista psichico il miglioramento, che di necessità è lento a prodursi, e deve ottenersi attraverso anni di cure e di educazione, è già sensibile in buon numero di casi; in tutti è tale da confermare l'efficacia dello speciale trattamento e dare adito alle migliori speranze per il futuro.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Proroga a tutto 31 gen. del conc. a direttore del Gabinetto Radiologico.

CANNARA (*Perugia*). — A tutto il 31 gen.; due condotte a servizio alterno semestrale; età massima 40; stato di fam.; tassa L. 50.10; stip. lire 7000 oltre la seconda indenn. c.-v.; L. 2000 cavalc.; L. 600 servizio attivo.

CASTEL S. GIORGIO (*Piacenza*). *Ospedale Civile.* — Scad. 31 gen. Primario medico: L. 7000; per gli abbienti tariffe contemplate nel regolam. interno. È fatto obbligo di assistere il chirurgo durante gl'interventi operativi. Tassa conc. L. 50,05.

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). *Ospedale Civile di S. Agostino.* — Chirurgo direttore. L. 12000, oltre il 75 % sulle operazioni chirurgiche di qualsiasi genere e sulle visite di ambulatorio, esclusi i malati poveri. Titoli. Tassa conc. L. 50. Sarà titolo di preferenza la libera docenza. Chiedere annunzio.

CAVOUR (*Cuneo*). — Scad. 31 gen. Stip. L. 4000 (*sic.*) iniziali, 4 quinquenni decimo, L. 1800 trasp., L. 800 se uff. san., primo c.-v. Tassa conc. L. 50.

COPPARO (*Ferrara*). *Ospedale Civile Mandamentale.* — Proroga al 31 gen. dei concorsi a chirurgo primario, medico primario e aiuto chirurgo. I titoli di cui al n. 7 lettere *a-c* del bando saranno tenuti in considerazione di preferenza e non già come indispensabili per l'ammissione al concorso.

CREMONA. *Ospedali Maggiore e Ugolani Dati.* — A tutto 10 feb., titoli ed esami. Dirigente Gabinetto Radiologico: L. 6000 ed indennità c.-v. di L. 1200. Compartecipazioni agli introiti di Gabinetto. Sei anni di laurea, e quattro servizio radiologico presso grande ospedale. Età mass. anni 45.

GROTTE DI CASTRO (*Roma*). — Una delle due condotte. Scad. 31 gen. Situaz. fam. Tassa L. 50,15 al Tesoriere Com. Stip. L. 7000 e 4 quadrienni decimo; primo c.-v. per intero; secondo c.-v. per le sole persone a carico; L. 500 se ospedale e ambulat. Servizio semestrale alterno nelle due condotte. Chiedere annunzio.

ROMA. *Cassa Naz. per le Assicuraz. Sociali (Sede Centrale).* — Medico addetto al servizio sanitario presso la Cassa. Scad. 31 genn. Domanda e documenti alla Direz. Generale (Ufficio Personale), via Minghetti 17, Roma, in piego raccomandato con ricevuta di ritorno. Età lim. 35. Specchio dei voti negli esami speciali e di laurea. Documenti che comprovino gl'impieghi e le cariche coperte. Titoli ed esame (sul malato). L. 14,500 nette di imposta R. M., gravate della ritenuta 5 % pel trattam. di previdenza; c.-v. Per annunzio e informazioni rivolgersi all'Ufficio Personale.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nell'Istituto anatomo-patologico; L. 6000; se incarico di lezioni nelle scuole infermieri altre L. 2000; titoli ed esami; età mass. 35 a. Tassa di L. 50 al tesoriere.

Docum. al Protocollo non oltre le ore 17 del 10 feb. Chiedere annunzio.

Aiuto nella Divisione oto-rino-laringoiatrica; L. 4800. Scad. ore 17 del 26 gen. Le altre condizioni come sopra.

CONCORSI A PREMIO.

MILANO. *Reale Società Italiana d'Igiene.* — Concorso per un opuscolo inedito di propaganda antialcoolista, destinato alle classi operaie. (Vedi fascicolo 1).

Rivolgersi alla Segreteria, via S. Paolo n. 10, per lettera, o al giovedì dalle 21 alle 22.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nel Servizio Sanitario delle Ferrovie dello Stato.

Sono stati promossi ispettori capi i dottori Correra, Diez, Filippini, Giribaldi, Locascio, Potenza, Teppati, Tognetti e Recchi.

NOTIZIE DIVERSE.

Corso di perfezionamento in Clinica ostetrico-ginecologica.

Avrà luogo, presso la Clinica ostetrico-ginecologica dell'Università di Roma, al Policlinico Umberto I.

Il Corso s'inizierà il 15 gennaio e durerà sino al 15 aprile. Dopo frequenza regolare e prova di esame, verrà rilasciato un Diploma. Sono ammessi i laureati di università estere.

Tassa di L. 300,50 da versarsi all'Economo della Università; sopratasse varie L. 96,80. Le iscrizioni si ricevono fino a raggiungere il numero di trenta.

Corso di perfezionamento in igiene.

Si terrà a Pavia nei mesi di aprile e maggio, con le norme solite. Tassa L. 307.50 complessivamente. Domande non oltre il 15 marzo.

Corsi per "visitatrici" e per assistenti sanitarie.

La Cassa nazionale di maternità, ha stabilito di istituire in via di esperimento un corso di preparazione per «Visitatrici sanitarie» della Maternità presso le Cliniche Ostetrico-ginecologica e Pediatrica della R. Università di Milano. Il corso, che avrà la durata di sei mesi, sarà costituito da internato in Clinica Ostetrica (Sezione gestanti e puerperio) ed in Clinica Pediatrica (Sezione igiene infantile e clinica del lattante). L'insegnamento sarà impartito dai proff. Mangiagalli, Spolverini, Cattaneo, Ronzani, Poni. Il Corso teorico sarà integrato da una *scuola pratica di igiene sociale* a cura dei proff. Fossati, Spolverini, Colombini e Cattaneo. Le domande si accettano fino al 26 gennaio 1925; vanno dirette alla Direzione della Scuola d'igiene infantile presso la R. Clinica Pediatrica De Marchi della Università di Milano (via Commenda, 7). L'aspirante dev'essere fornita di diploma di una scuola secondaria di primo grado (ginnasiale, tecnica, magistrale, normale, commerciale, ecc.) o di titoli equipollenti; del diploma di infermiera generale professionale rilasciato da una scuola autorizzata; aver compiuto i 20 anni e non superato i 35; si richiedono il certificato di buona condotta, il certificato di stato civile, dal quale si ricavi che l'aspirante è nubile o vedova senza prole e un certificato di sana fisica costituzione. Il numero di coloro che possono essere iscritte regolarmente al corso, in questo primo anno, sarà limitato a 15. Per l'ammissione sarà tenuto conto dei servizi già prestati in reparti ospedalieri o in ambulanze. La Direzione ha inoltre la facoltà di ammettere al corso in qualità di uditrici infermiere volontarie aventi almeno 2 anni di servizio presso pubblici Istituti di assistenza o persone che abbiano esercitato la funzione di visitatrici alla dipendenza di istituzioni private. Ad esse verrà rilasciato uno speciale certificato di frequenza. Le inscritte che alla fine delle lezioni avranno riportato agli esami i pieni voti conseguiranno un premio di lire mille, che sarà elevato a L. 1500 per coloro che riporteranno anche la lode. In seguito ad esami finali verrà rilasciato un diploma, il quale darà adito al concorso per la nomina a visitatrici sanitarie della Maternità al servizio della Cassa nazionale e costituirà titolo sufficiente per la inscrizione ai corsi di integrazione per il diploma di Assistenti sanitarie di fabbrica, rilasciato a cura della Cassa nazionale per le Assicurazioni Sociali.

***

A cura della Cassa nazionale per le assicurazioni sociali l'8 febbraio 1925 avrà inizio in Roma, presso la Direzione Generale della Cassa medesima, un corso per la preparazione di un primo nucleo di assistenti sanitarie di fabbrica. Il corso medesimo avrà la durata di tre mesi, e vi sarà svolto un programa che si propone di integrare i comuni insegnamenti impartiti nelle scuole per infermiere. Gl'insegnamenti verranno impartiti dai proff. Loriga, Levi, Biondi, Pisenti, Giannini. Le domande vanno indirizzate alla Cassa nazionale per le assicurazioni sociali (servizio sanitario centrale), via Minghetti, n. 17, Roma, non più tardi del 26 gennaio 1925. Tutte le altre condizioni ripetono quelle già esposte per il corso di visitatrici sanitarie. In seguito ad esami finali verrà rilasciato un diploma, il quale darà adito al concorso per la nomina ai posti di assistente sanitaria di fabbrica nei limiti che verranno stabiliti dalla Direzione Generale della Cassa.

Per la propaganda igienica in provincia di Milano.

In seno al Sindacato Provinciale Milanese, ad iniziativa del dott. Parodi, si è costituita una Commissione per la propaganda igienica, composta dei dottori F. Bergolli, G. Villa, D. Catucci, A. Marelli e E. Maffina, la quale ha elaborato un programma.

Tra l'altro si è deliberato che la propaganda debba esser fatta nelle ultime classi elementari e nel ceto operaio; che si debba fare posto alle proiezioni cinematografiche e condurre una campagna giornalistica attiva; che convenga allearsi i maestri ed i parroci.

Istituto Vaccinogeno Antitubercolare.

È sorto a Milano, nell'intento di saggiare il valore intrinseco del metodo Calmette. Ha sede nell'ex-casello daziario di porta Venezia. L'iniziativa si deve ad un Comitato promotore, presieduto dall'on. Ernesto Belloni. La direzione tecnica dell'Istituto è affidata al prof. A. Ascoli, dell'Università di Modena.

Nella stampa medica.

Ha interrotto le pubblicazioni il periodico « Lotte sanitarie » di Torino, creato e diretto con rara perizia giornalistica dal dott. Guglielmo Oliaro, il quale si dichiara costretto a disertare il campo, malgrado la brillante situazione finanziaria della rivista, perchè distrattone da altri impegni di non indifferente portata.

Nel congedarsi, il dott. Oliaro invia a tutti gli amici ed a tutti i sostenitori che fedelmente hanno seguito ed appoggiato la sua opera, ringraziamenti, auguri e saluti.

Noi, che abbiamo ammirato l'attività fervente e sagace del dott. Oliaro, confidiamo che egli vorrà ancora consacrare una parte della sua esperienza e del suo tempo alla tutela della classe e all'incremento medico sociale.

*
* *

Grazie a una donazione fatta dal « Rockefeller Institute for Medical Research » alla « American Society for Clinical Investigation », questa Società ha intrapreso la pubblicazione di un periodico intitolato *Journal of Clinical Investigation*; ne è redattore-capo G. Canby Robinson, professore di Clinica medica e preside della Facoltà medica della Vanderbilt University a Nashville, Tenn. (Stati Uniti).

Donazione.

Il prof. Florenzo d'Erchia di Bari ha fatto dono della sua ricca biblioteca alla Clinica ostetrico-ginecologica della nuova Università.

Si tratta di una raccolta di molto valore scientifico e commerciale. Il direttore della Clinica, prof. Garfami, ha espresso al d'Erchia sensi di riconoscenza e d'ammirazione per il magnifico dono, destinato ad accrescere l'efficienza della Clinica stessa.

In memoria di Alberto Riva.

Un gruppo di medici, adunati a Parma dal prof. Varanini in occasione del 25° anniversario di laurea, ha deciso di adoperarsi attivamente per fare sorgere, nella sede universitaria, un ricordo marmoreo del loro compianto Maestro prof. Alberto Riva, del quale hanno rievocato l'onesta bontà e le preclare doti scientifiche e didattiche.

Esito di un concorso a premi.

L'Associazione italiana per l'Igiene — organo nazionale di propaganda — comunica che al Concorso a premi, bandito nel novembre del 1923 per un opuscolo di propaganda fra gli operai, sul tema « l'Igiene del lavoratore », parteciparono 15 lavori, presentati alla Segreteria dell'Associazione stessa.

La Presidenza ha ritenuto di non poter assegnare il *primo premio* ed ha deciso di suddividere la somma stanziata in quattro premi d'incoraggiamento da lire cinquecento ciascuno, da assegnarsi, a parità di merito, ai lavori distinti dai seguenti motti: 1) Amor et labor vita est. — 2) A. P. Mantica. — 3) In labore et Vita et Mors. — 4) L'igiene del lavoratore è la migliore alleata non solo di chi lavora, ma anche di chi produce.

Un'altra vittima dei raggi X.

È morto a Parigi, in età di soli 34 anni, in seguito a lesioni prodotte nella manipolazione di sostanze radio-attive, MARCEL DEMALANDER, allievo della signora Curie.

Un medico condannato in Francia.

Il « Paris Médical » reca che un militare ferito di guerra, rimasto lievemente deforme per il mancato ripristino funzionale di una gamba, ha citato il chirurgo che lo avea operato, attribuendo la parziale inabilità ad una compressa dimenticata nella ferita. Il Tribunale della Senna, malgrado le perizie che esclusero qualsiasi colpa, ha condannato il sanitario al risarcimento dei danni.

Un grave lutto colpisce la medicina italiana, con la morte di GUIDO BANTI. Del sommo anatomopatologo diremo ampiamente in un prossimo numero.

Diamo il triste annunzio della perdita del prof. VIRGINIO PENSUTI, già primario medico negli Ospedali di Roma. Era stato aiuto del Baccelli. Agli inizi del nostro giornale, assolse con impegno e perizia le mansioni di redattore-capo. Fu un clinico di valore, fine nell'analisi. Lascia una larga eco di rimpianti, per le rare qualità dell'animo.

In seguito a un infortunio automobilistico, si è spento a Parigi il dott. CHEINISSE.

Era una figura saliente nel giornalismo medico; fu collaboratore assiduo della *Semaine Médicale* e quando, al principio della guerra, questo periodico scomparve, egli passò alla *Presse Médicale*, ove redigeva le « Attualità terapeutiche », reputatissime; era anche un attivo corrispondente del *Journal of the American Medical Asociation* (Stati Uniti) e degli *Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades* (Spagna).

Ha pubblicato varie opere importanti, tra cui « I medicamenti cardiaci », lavoro trodotto in altre lingue. S. M.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. p. l. Sc. Med., 6 — G. BRATTINI. Innesti delle ghiandole a secrez. int. — V. PETTINARI. Innesti eterosessuali di ovaia.

Journ. de Méd. de Paris, 16 ag. — G. POCHON. La vaccinazione jenneriana nel trattam. della pertosse.

Münch. Med. Wochens., 22 ag. — A. BOSTROEM. Cambiamenti nelle malattie della personalità. — A. HEDDÄUS. Il « Klimatkon » (nuovo medicamento della menopausa). — R. EDEN. I fosfati per iniezioni nei fratturati.

Deutsche Med. Wochens, 22 ag. — L. HALBERSTAEDTER. La roentgenterapia in medicina interna. — N. HENSEN. Nuove stigmate di lue congenita. — I. ZADEK. Sulla terapia del morbus Biermens.

Riforma Med., 18 ag. — G. GRADENIGO. Eredità della sordità famigliare. — C. GUARINI. Radium-eccitamento delle gl. sess. masch.

Giorn. d. Med. Prat., ag. — F. MICHELI. Proteinoterapia.

Pathologica, 15 ag. — G. SCAGLIONE. Coloraz. del treponema pall. — G. SANGIORGI. Emanaz. del radio e deanafilassi.

Journal A. M. A., 2 ag. — J. A. BARGEN, B. B. CROHN e H. ROSEMBERG. Eziol. e trattam. della colite ulcerat. cron. non specif. — A. M. STIMSON. Nel dominio della sanità pubbl.

Japan Med. World, 14 giu. — Y. MIYAGAWA. Funzione biologica dei costituenti delle cellule morte.

Gac. Méd. Peruana, lug. — J. ARCE. La malaria cronica.

Bull. d. Sc. Med., lug. — Atti della celebraz. del 1° cent. della Soc. Med. Chir. di Bologna.

Liguria Med., 1 lug. — A. DEVOTO. Puntura delle linfogland. satelliti nella diagn. di sifiloma iniz.

Tubercolosi, lug. — G. ANGELINI. Il rantolo orale nei tuberc. e nel pneum. terap.

Annali d'Igiene, lug. — C. CIACCIO, E. REMOTI. Lisi batterica trasmissibile. — P. C. BARDELLI. Coltivaz. aerobia dei germi anaerobi. — D. LAPPONI. Inoculaz. endodurale del virus da strada nella diagn. biolog. della rabbia. — G. MOLINARI. Az. disinfett. dei prodotti di combustione di alcune resine.

An. Facult. Medicina (Montevideo), giu. — J. O. HAEDO. La malattia serica.

Riv. Oto-Neuro-Oftalmologica, mar.giu. — G. ARTOM, M. BOLAFFIO. Effetti della radioterapia nei tumori del sist. nerv. centr. — A. PIAZZA MISSORICI. Paralisi del VI da tumori maligni del faringe nas. — G. FUMAROLA. Endotelioma della base dell'encef. — D. SABBADINI. Patogenesi omonime transitorie. — P. STELLA. Midriasi cocainica. — G. MINGAZZINI. Sulla patologia del cervelletto.

Prensa Med. Argent., 30 lug. — SLAMES MASSINI. Nuovo modello di forcipe. — A. H. ROFFO. Refrattometria nel cancro.

Studios Médicos, ag. — E. MANGADA. Glicemia e diabete. — CILLERUELO. Sul trattam. chirurg. dello strabismo divergente.

Pensiero Med., 20 ag. — E. MARAGLIANO. Lezione di commiato.

Scalpel, 16 ag. — R. LE FUR. I prostatici giovani.

Giorn. Ital. Mal. Veneree e d. Pelle, ag. — L. MARTINOTTI. La corneificaz. nei principali processi morbosi della cute. — B. CARTIÀ. Reaz. di Busacca nella tbc. — A. RABBENO. Sulla secrez. sebacea. — G. ARMUZZI. Coloraz. rapida ed elettiva della spiroch. pall. nelle sezioni di tessuto sifilitico. — C. GUARINI. Roentgenterapia degli eczemi.

Bull. Sc. Med., ag. — In onore del prof. P. Albertoni.

Brazil-Med., 9 ag. — A. L. PIMENTA BUENO. Sulla fisiopatologia del diabete.

Studium, 20 ag. — L. CHIMISSO. Leucemia mieloide cronica con emiplegia e incontin. d'urina in giovine malarica. — M. SICA. Tbc. polmonare curata col vaccino Martinotti.

Gaz. d. Hôp., 12 e 14 ag. — V. PAUCHET. Le colecistectomie difficili.

Riv. crit. Cl. Med., 5 ag. — D. CAMPANACCI. Osteite fibrosa cistica generalizzata di v. Recklinghausen.

Arch. di Farmac. e Sc. aff., 1 lug. — E. RIZZATTO. Sulla formolo-gelificazione. — 15 lug. S. LA MENDOLA. Azione degli ipnotici sui lipoidi cerebrali. — 1 ag. G. AIELLO. Teoria della narcosi Meyer-Overton. — 15 ag. L. SPOLVERINI. Influenza degli idrati di C. sull'assorbim. dei grassi.

Archivi di Biologia, 1. — L. SIVORI, U. REBAUD e I. MENNITI. Alimentaz. e immunità.

Endocrinology, lug. — C. R. MOORE. Studi sperimentali sul testicolo. — F. S. HAMMET. Rachitismo e paratiroidi.

Wien. Klin. Wochens, 20 ag. — H. FUCHS. Roentgenterapia delle malattie cutanee. — R. FRISCH. La tutocaina in urologia. — F. E. LEWY. Coliche pseudogastralgiche in epatici.

Morgagni, 31 ag. — G. GOGLIO. Morbo di Basedow e terapia ormonica sessuale.

Lancet, 30 ag. — Numero degli studenti

Ann. di Ostetr. e Ginec., 31 ag. — R. COSTA. Ancora « pro symphysiectomia ». — G. DOSSENA. Trasmissione ereditaria nei caratteri dei gruppi sanguigni.

Actinoterapia, 5 — S. D) FRANCESCO. Influenza della radioter. sulla secrez. di ac. urico.

Boston Med. a. Surg. Journ., 21 ag. — G. D. CUTLER. Mortalità da operaz. chirurg. nell'infanzia. — B. HAMILTON. Metabolismo del C. nell'infanzia.

Brazil-Med., 16 ag. — A. VALENTE. Neurastenia urinaria. — G. PEREIRA DA SILVA. Il problema del tabagismo. — R. KEHLER. Trattamento dell'ossiuriasi.

Art Médical, 31 ag. — M. D'ALLUIN. Per la cura del cancro. — S. E. SCHEFFLER. La medicazione silicata nell'arteriosclerosi.

Pediatria, 1 sett. — G. CARTIÒ. Etiopatogenesi dell'otite media purulenta scarlattinosa. — A. LAURINSICH. Batteriol. del moncone ombellicale dei neonati. — N. CAPRIOLI. Trattam. delle deformità di alto grado delle tibie nell'infanzia.

Cultura Stomatolog., sett. — Numero d'ortodontia.

Wien. Klin. Wochens., 4 sett. — F. MANDL. Punti di vista generali nel trattam. delle ferite da sport. — L. KUMER. Sulla terapia della psoriasi.

Boston Med. a. Surg. Journal., 4 sett. — J. A. TURNBULL. Allergeni alimentari e artriti.

Medic. Ibera, 6 sett. — A. PERERA. Indicazioni operat. nell'appendicite acuta.

Scalpel, 6 sett. — P. GOVAERTS. La sindr. di poliradicolite con iperalbumosi e xantocromia del liq. c.-r.

Journal. de Méd. de Lyon, 5 sett. — G. NOVÉ-FOSSERAND e RIPONDET. Le forme dolorose di spina b. occulta.

Proc. R. Soc. of Med., sett. — L. W. SAMBON. Epidemiol. del cancro. — W. C. SULLIVAN. Rapporti tra alcoolismo, pazzia e delitto.

Radiol. Med., sett. — A. DAZZI. Variazioni morfol. del sangue consecutive ad irradiazioni della regione splenica con le dosi cosidette « eccitanti ». — SCARABELLIN. Idropneumotoraci a livelli sovrapposti od a nido di rondine.

Deutsche Med. Woch., 1 sett. — W. KOLLE. Sulla sifilide sperimentale del coniglio. — O. BLASS, W. BLOCK. Sul rivanol in chirurgia. — G. ASSMANN e G. GRUBER. Trattamento della tbc. polm. con antigene-tubercolina Scheitlin (« Tasch ») *per os.*

Arch. Mel. du Coeur ecc., sett. — H. VAQUEZ. La digitale. — REGNIER. L'alternanza del polso juxta-massimale e sopra-minimale. — C. LIAN e J. HAGUENAU. Accidenti cardiovascol. delle nefriti acute. — G. HEITZ. Stato cardiovascol. degli operai addetti alla nitroglicerina.

Deutsche Mediz. Wochens., 19 sett. — T. ZIETEN. W. KÖKLER. Il problema corpo-anima. — M. ROSENFELD. I centri della coscienza. — K. BIRNBAUM. Costituzione, carattere e psicosi. — B. ASCHNER. Teoria della costituz. e patologia umorale. — A. OSWALD. Patologia della tiroide.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 26 Gennaio 1925 Fasc. 4

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

UNA SOLLECITAZIONE. **Preghiamo vivamente i ritardatari a non frapporre ulteriore indugio nel rimetterci l'importo del loro abbonamento pel 1925. È questo un dovere che gli abbonati, legati al «Policlinico» da affetto e da simpatia, debbono assolvere spontaneamente, senza costringerci a sollecitazioni individuali le quali, oltre a riuscire vessatorie per chi le riceve, sono, per la nostra Amministrazione, poco simpatiche e molto onerose.**

I persistenti alti prezzi delle tariffe tipografiche e l'inasprimento verificatosi nel costo della carta, ci obbligano alla più rigorosa economia nella tiratura delle copie del «Policlinico».

Dovremo pertanto limitare l'invio soltanto a coloro che si troveranno in regola con la nostra Amministrazione.

L'EDITORE.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. G. SANARELLI.

Setticemia da «Bacillus abortus» (Bang) nell'uomo.

NOTA PREVENTIVA

Dott. GIUSEPPE FICAI e Dott. ALESSANDRO ALESSANDRINI.

Da qualche anno serpeggia in Italia e in molte regioni è in forte aumento, un processo morboso caratterizzato da febbri di lunga durata che per il decorso clinico rassomigliano alla febbre di Malta.

Le nostre osservazioni e le nostre ricerche hanno avuto appunto lo scopo di chiarire l'origine di queste supposte febbri maltesi, e, siccome i dati da noi raccolti e le conclusioni cui siamo pervenuti ci paiono importanti non solo dal punto di vista della etiologia del processo morboso, ma anche dal punto di vista epidemiologico, profilattico e terapeutico, così riteniamo degno di interesse riassumerli in questa nota preventiva.

I dati da noi raccolti si riferiscono alla Provincia di Arezzo dove nello scorso anno 1924, l'endemia supposta maltese assunse vaste proporzioni, poichè i Comuni colpiti furono numerosissimi ed in alcuni di essi, i casi salirono ad un numero assai rilevante (circa 400).

Avendo avuto agio di effettuare noi stessi molte emoculture e numerosissimi prelevamenti di sangue a scopo sierodiagnostico, abbiamo potuto seguire con assidua continuità il decorso della malattia in un certo numero di pazienti.

Prima nostra cura fu di indagare le cause di diffusione del morbo. Però le nostre ricerche, dirette a scoprire quelle sorgenti di infezione che sino ad oggi sono ritenute essere le più comuni (capre, latte di capra, latticini, ecc.), ri-

masero del tutto infruttuose. In varie zone delle campagne dell'aretino, nelle quali si erano manifestati vari casi di supposta febbre maltese in contadini che mai si erano allontanati dalla loro dimora, le capre non v'erano affatto nè vi erano state in passato. I coloni non avevano fatto mai uso di latte di capra nè di latticini provenienti da altre località. Anzi, in seguito a tale constatazione, la sierodiagnosi positiva per la melitococcia, sul principio destava forte sorpresa in alcuni sanitari.

Una prima constatazione emerse, constatazione che stimolò le nostre indagini, e cioè che la gran maggioranza dei colpiti erano *coloni*. Nella città di Arezzo e nei più popolati agglomerati paesani i casi di supposta setticemia melitense erano e sono del tutto eccezionali. Continuando le nostre investigazioni sui coefficienti di aumento e di disseminazione del processo infettivo rivolgemmo l'attenzione agli altri animali domestici, logicamente ritenendo che in mancanza della tanto incriminata capra, altro avesse potuto resultare il serbatoio del virus.

Nostra idea fu di orientare le ricerche verso i bovini, particolarmente verso quelli che dai veterinari ci erano segnalati come malati. A ciò eravamo spinti dalla constatazione che nelle case coloniche ove si era avuto il maggior numero di malati di supposta maltese mancavano è vero le capre, ma erano presenti bovini e proprio nelle stalle di queste case coloniche si erano verificati aborti nelle vacche. Di più erano di preferenza colpiti gli uomini addetti alla custodia del bestiame, di quel che non lo fossero le donne, i bambini e i vecchi.

Ci limiteremo a riferire succintamente due osservazioni che sono di una evidenza significativa.

Nel febbraio 1924 nella stalla di una casa colonica, che fa parte di un villaggio di circa 15 case, con una popolazione complessiva di circa 200 anime, in quel di Arezzo, una vacca abortì al 5° mese. I contadini proprietari dell'animale ed alcuni vicini assisterono la vacca, e, introducendo le mani in vagina, toccando il feto, le seconde, ecc., si contaminarono. Dopo 10 giorni esatti pressochè contemporaneamente, 16 persone si ammalarono di febbri che durarono da due a sei mesi. Di queste 16 persone ben 15 erano uomini; una sola donna fu colpita. Nel gruppo di case di cui faceva parte quella nella cui stalla era avvenuto l'aborto, nessun'altra persona ammalò, tanto che i coloni stessi, interrogati in proposito, alla vacca che aveva abortito unicamente attribuivano la loro lunga malattia!

Nelle vicinanze di questa frazione colpita si ebbero due casi di infezione supposta maltese, uno in una persona che aveva praticato la stalla infetta per stimarvi il bestiame, l'altro in persona che vi aveva prelevato il concime.

Anche in una frazione del Comune di S. Giovanni Valdarno, 5 coloni che avevano assistito all'aborto di una vacca furono quasi contemporaneamente colpite da febbri a lungo decorso che clinicamente si ritenevano di natura melitense.

Ebbene, inoltrandoci in queste indagini abbiamo potuto assodare e chiaramente stabilire, con diligenti osservazioni, scrupolosamente raccolte e documentate, che l'infezione che proveniva dalla vacca la quale aveva abortito, non era la setticemìa melitense, ma la setticemìa da b. di Bang.

È noto che la eliminazione del b. di Bang o bacillo dell'aborto epizootico, si effettua in grande quantità dopo il parto delle vacche colpite dalla infezione, col feto, con le seconde, e, per un certo tempo, con lo scolo uterovaginale.

È pur noto che può eliminarsi anche in quantità più modesta, ma per più lungo tempo col latte e qualche volta, nel toro, con lo sperma. Non è escluso inoltre che qualche vitello nato infetto possa per un po' di tempo diffondere colle feci il virus che trovasi nell'intestino e nei gangli meseraici. Perciò si capisce facilmente come il b. di Bang possa largamente spargersi nell'ambiente colonico; tuttavìa la contaminazione dell'uomo fino ad oggi era riguardata impossibile, perchè si riteneva che il b. di Bang non fosse patogeno per la specie umana.

Ma i malati da noi studiati resultarono effettivamente, anche agli esami sierodiagnostici eseguiti con una tecnica particolare da noi per i primi adottata, affetti da setticemia da b. di Bang e non da setticemia da m. melitense. ***Abbiamo potuto infine altresì isolare il b. di Bang dal sangue di due pazienti nel periodo febbrile.***

Il manifestarsi nell'uomo di questa forma morbosa dovuta al b. di Bang in misura considerevole, avendone noi raccolti nel periodo di 4-5 mesi 30 casi in una sola Provincia, è in rapporto con la diffusione dell'aborto contagioso nei bovini, in misura che in passato, a dire dei veterinari che abbiamo interpellato, non verificavasi affatto.

L'aborto contagioso delle vacche, a causa della facilità dei commerci ed il sempre maggiore incremento zootecnico, va oggi estendendosi con impressionante gravità.

Gli autori che fino ad ora si sono occupati del bac. di Bang, nei suoi rapporti con la patologia umana, avevano posto in dubbio la possibilità di attecchimento di questo germe nell'uomo; e di recente, come abbiamo accennato, l'hanno del tutto esclusa.

La maggior parte degli autori era sino ad ieri

concorde nel sostenere che è impossibile porre in rilievo differenze morfologiche, culturali, biochimiche e sierologiche tra il b. di Bang e il m. melitense.

Ebbene, le osservazioni e i dati da noi raccolti hanno avuto piena conferma dalle ricerche sperimentali, sicchè l'affermazione di Nicolle, Burnet e Conseil, sostenuta anche dal Panisset, che il b. abortus si distingue dal m. melitensis solo per l'assenza di potere patogeno per l'uomo, perde ogni valore dinanzi all'evidenza dei fatti. Come pure perdono buona parte del loro valore le lunghe, pazienti, accurate ricerche istituite, specialmente dagli autori americani ed inglesi, sulla tanto *vexata quaestio* delle affinità sierologiche dei due germi.

Usando di un particolare artificio da noi trovato è possibile porre nettamente in evidenza le agglutinine specifiche antimelitensi e antibang. *Questo artificio consiste nell'inattivare i sieri a varie temperature usando la seguente tecnica.*

I sieri sono, prima di essere inattivati, diluiti al titolo di 1:50 in acqua distillata anzichè in soluzione fisiologica e questo per impedire fenomeni di coagulazione nei sieri stessi usando per la inattivazione temperature elevate. Le successive diluizioni, dopo l'inattivazione, sono invece eseguite usando soluz. fisiologica al 0,9 %; come pure in soluz. fiisiologica sono fatte le emulsioni batteriche.

Abbiamo così potuto nettamente stabilire che:

1) le vere agglutinine antimelitensi sono presenti inattivando i sieri a 60° per mezz'ora e vengono distrutte solo a 65°;

2) le vere agglutinine antibang sono presenti a 65°, non vengono per nulla modificate a questa temperatura, permangono evidenti a 70° e vengon distrutte solo inattivando i sieri a 75°: sono cioè molto più termostabili delle vere agglutinine antimelitensi.

Se ne deduce quindi che il riscaldamento a 65° serve a distinguere un siero antimelitense da un siero antibang.

Ecco come si possono finalmente spiegare i parallelismi di reazione quasi costanti, riscontrati da quasi tutti gli autori, *quando non si inattivano opportunamente i sieri,* da indurre a pensare che l'agente specifico dell'aborto epizootico sia del tutto simile al germe responsabile della febbre di Malta, se non la stessa cosa; e come non sia stato possibile sino ad oggi scindere due entità morbose che si nascondevano o per meglio dire simulavano la stessa sindrome!

Vogliamo infine porre in evidenza alcuni dati che ci sembrano essere degni di rilievo per la differenziazione clinica delle due infezioni.

In primo luogo nella melitococcia la febbre è per lo più ondulante, invece nella setticemia da b. di Bang la febbre è continua con lievi remissioni e perdura mesi e mesi, talvolta con complicazioni gravissime.

Il decorso della setticemia da b. di Bang è assai più tenace e non risente affatto dei cambiamenti climatici, ai quali questi infermi richiedono la guarigione. Nella setticemia da b. di Bang la reazione splenica ed epatica ci è apparsa assai più cospicua che non nella setticemia da m. melitense. Il brivido intenso e la profusa sudorazione sono più l'appanneggio della setticemia da b. di Bang che non della setticemia da m. melitense.

In questi ultimi mesi abbiamo pure tentato di curare malati da b. di Bang con vaccino preparato con culture di questo germe ed i resultati ottenuti sono così favorevoli da incoraggiarci a continuare nelle prove intraprese.

Da quanto siamo venuti esponendo sembraci poter trarre le conclusioni seguenti:

1) Sotto il nome di melitococcia o febbre maltese sono state sino ad oggi confuse due sindromi cliniche che devono essere assolutamente distinte: l'una è dovuta al m. melitense, l'altra al b. di Bang.

2) Queste due setticemie possono essere sicuramente e nettamente differenziate mercè le indagini batteriologiche e sierologiche, inattivando opportunamente i sieri dei malati.

3) Di conseguenza, d'ora innanzi la vaccinoterapia e la sieroterapia specifica dovranno essere specifiche.

4) Mentre la profilassi contro la febbre mediterranea deve essere rivolta precipuamente ad eliminare e a rendere non contagiose le capre infette da m. melitense; quella contro la setticemia da b. di Bang deve invece rivolgersi al bovino infetto, alla vacca che ha abortito.

5) La ricerca dei bovini infetti da b. di Bang verrà fatta sia con la ricerca del germe nelle mucosità utero vaginali (nelle seconde e nel feto, se la vacca ha abortito), sia, e più specialmente, ricorrendo alla sierodiagnosi con il siero del latte o con il siero di sangue della vacca sospetta.

6) Allorquando un malato è sospetto di melitococcia il siero del suo sangue dovrà essere sempre cimentato anche su sicuri stipiti di b. di Bang.

Questa nuova sierodiagnosi, a parer nostro, non dovrà, in avvenire, essere trascurata nei laboratori batteriologici.

(La memoria per esteso verrà pubblicata negli *Annali d'Igiene*, fasc. 1 del 1925).

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI SASSARI
Direttore: Prof. A. FILIA.

Contributo allo studio delle ricadute e delle recidive nel morbillo

del dott. G. MACCIOTTA, docente ed aiuto.

La possibilità delle ricadute e recidive nel morbillo si collega alla immunizzazione, o no, dell'organismo verso di esso. Si accetta oramai come accertato che l'aver sofferto una volta il morbillo conferisca una immunità, d'ordinario permanente, per cui raramente lo si osserva in adulti, per averlo quasi tutti subito nell'infanzia. Viene anche ammessa una immunità congenita nei lattanti fino ai 5-6 mesi (Woody) che qualche autore però non ritiene assoluta (Fedou-Comby), verificandosi casi d'infezione in lattanti (Friedynung) anche più frequentemente di quanto non si voglia generalmente ammettere. Heubner (in Leiden e Klemperer) anzi nega che vi sia immunità al morbillo se non acquisita dopo una prima infezione, immunità che in quasi tutti i casi è di grandissima durata e preserva abitualmente per tutta la vita.

Quasi tutti i trattatisti sono ormai d'accordo su questo punto e la possibilità delle ricadute e delle recidive, pur non essendo più esclusa nettamente, è concordemente ritenuta evenienza rara ed eccezionale (Cozzolino, Hutinel-Comby). Anche recentemente Feer, nel suo trattato, mantiene l'affermazione che una seconda infezione di morbillo è rarissima (in accordo in ciò con Sannè), egli, per es., ne ha potuto accertare un solo caso.

È facile sentire parlare di ripetute insorgenze di morbillo nello stesso individuo, specialmente nel raccogliere dati anamnestici, ma si accetta generalmente il concetto che in quasi tutti i casi si tratta di confusione con altri eritemi tossici od infettivi di svariata natura. Becler confutava gli undici casi di ricaduta presentati da Chauffard e Le Moine (1896) colla possibilità di confusione di una doppia epidemia di morbillo e rosolia, succedutesi a breve distanza e senza facilità di distinzione.

Heubner ha visto ammalare di morbillo 2 volte un solo bambino nel quale la prima manifestazione era stata rudimentale. Due casi di ricaduta descrive Comby in 2 bambini di 33 e 36 mesi rispettivamente ad intervallo di 12 e 15 giorni; un caso descrive Le Clerc, uno Vergely, e due Morquio.

Leack ha potuto osservare in quattro casi, durante una epidemia di morbillo, l'insorgere di un secondo attacco con la ripetizione del quadro sintomatologico, esantema compreso, pochi giorni dopo la scomparsa dei sintomi classici del primo attacco.

Fedou ha osservato 2 soli casi di *recidiva* su 60 di morbillo; 2 casi (entrambi dopo 4 mesi) ne riporta Weill, uno dopo 33 giorni Gaucher, ed uno Oddo e Poesy.

Ancora più rari appaiono i casi di recidiva doppia che nel 1911 ascendevano nella letteratura, secondo Feibelmann, a sei compreso quello da lui osservato.

Mentre Aporti conclude favorevolmente alla possibilità di ricadute e rècidive nel morbillo, e Landouzy, ritenendo le recidive del morbillo più comuni di quelle di altre febbri eruttive, ad es.: delle tifoidee, credeva possibile la ripetizione del morbillo nello stesso soggetto anche 2-3 volte; qualche altro autore è molto più severo nell'ammettere queste possibilità: Sannè, per es., ritiene rarissimi e poco controllati i casi di ricaduta; e più recentemente Hermann, ispettore medico dell'Ufficio d'Igiene di New York, che, per le sue mansioni, ha avuto agio di studiare il morbillo su vastissima scala, afferma di non avere mai osservato un caso di recidività certa.

Non sarà inutile pertanto che io esponga brevemente alcuni casi che ho avuto occasione di potere osservare, tutti nello stesso periodo epidemico, e che presentano dati e possibilità di rilievi non privi di interesse. Si tratta di 8 casi di ricaduta e di 3 casi di recidività sicuramente accertata. Tutti questi casi si sono verificati nella primavera dell'anno in corso. Alcuni (3 casi) sono stati osservati presso l'ambulatorio della Clinica, gli altri nel loro domicilio.

OSSERVAZIONE I. — D. Pietro, anni 7, bambino di gracile costituzione, adenoideo, con leggera infiltrazione delle ghiandole peribronchiali e cutireazione alla tubercolina debolmente positiva. Nel suo gentilizio vi è un fratellino morto di menengite tubercolare. Periodo prodromico, con arrossamento e tumefazione della congiuntiva, secrezione sierosa, lacrimazione, fotofobia; disturbi a carico della mucosa nasale, tosse secca molesta, rialzi termici notevoli, arrossamento delle tonsille e della faringe, dall'11 al 14 marzo; macchie di Koplik evidenti; esantema classico e ben sviluppato il 16, leggero ingorgo ghiandolare. La defervescenza s'inizia il 19. Il 23 s'inizia la forma del bambino di cui alla seconda osservazione fratello di questo. Il 28, 10 giorni dopo la caduta della febbre, si ha di nuovo comparsa del quadro classico del morbillo che si ripete colle stesse modalità e con una intensità di sintomi, specialmente in ciò che riguarda l'esantema, maggiore della prima volta. Il 15 aprile il bambino poteva considerarsi in piena convalescenza.

Nel luglio successivo ammalava gravemente d'ileotifo del quale è però guarito.

OSSERVAZIONE II. — D. Lucio, anni 5, fratello del precedente, con le stesse tare costituzionali. Si

ammala di morbillo durante la convalescenza del primo attacco del fratello; il quadro classico della infezione si svolge in lui con manifestazioni prodromiche, ed esantematiche notevolissime: macchie di Koplik ben rilevabili, notevoli le elevazioni termiche; leggeri fatti catarrali bronchiali nel periodo della defervescenza, rapidamente svaniti. Il 31 il bambino è apirettico mentre l'esantema va a scomparire. Il 9 aprile appare pienamente ristabilito. Il giorno 10 si ha una nuova insorgenza di morbillo con 2 soli giorni di periodo prodromico, e successiva notevole eruzione dell'esantema per tutta la superficie cutanea. Defervescenza regolare e senza complicazioni; 15 giorni dopo il bambino appariva ristabilito, per quanto notevolmente indebolito.

OSSERVAZIONE III. — P. Anna, anni 3. Bambina in ottime condizioni di nutrizione senza tare ereditarie nel gentilizio. Insorgenza di fatti prodromici del morbillo il 5 marzo, macchie di Koplik, modica temperatura; esantema non molto pronunziato il 9; defervescenza il 12. Nessuna complicazione secondaria. La forma ha avuto un decorso mite. Il 7 aprile nuova insorgenza di fatti prodromici con carattere quasi di infezione grippale; febbre notevolmente elevata, macchie di Koplik nuovamente evidenti; esantema cutaneo dal 12 al 15 molto più vivace che nella prima eruzione, ingorgo ghiandolare notevole; e nella successiva defervescenza iniziatasi il 15, comparsa al 17 di un focolaio broncopneumonico, passato poi in guarigione. Guarita la forma la bambina è stata poi sempre bene.

OSSERVAZIONE IV. — P. Ezio, un anno; fratello della precedente; in ottime condizioni di salute e nutrizione. È ancora parzialmente allevato al seno. Inizio del periodo prodromico il 10 marzo, macchie di Koplik ben visibili, esantema modico dal 14 al 17. Defervescenza senza nessuna complicazione nei giorni seguenti. Il 5 aprile, pochi giorni prima della sorella, nuova insorgenza; periodo prodromico breve (2 giorni) ma a differenza della prima volta con sintomi catarrali e febbrili molto più intensi e notevole abbattimento del bambino; esantema successivo più vivace, più intenso e durato più a lungo: 4 giorni, al termine dei quali si inizia la defervescenza, e poi la convalescenza non turbata da complicazioni secondarie.

OSSERVAZIONE V. — D. Pietro, anni 1 e mezzo, bambino fortemente deperito, proveniente da famiglia con forti tare tubercolari; con infiltrazione delle ghiandole peribronchiali esso stesso. Il 5 aprile viene colpito dalla forma esantematica del morbillo, con un periodo di incubazione durato 3 giorni, secondo i parenti. Non è stata possibile, non avendole osservate prima, la ricerca delle macchie di Koplik. Durata dell'esantema 3 giorni, intensità modica. Nel periodo della successiva defervescenza nessuna complicazione, se si eccettua una notevole prostrazione del bambino. Il 2 maggio nuova insorgenza di fatti prodromici che ho potuto controllare e seguire, con fenomeni catarrali di media intensità, macchie di Koplik evidenti, periodo eruttivo al 5 maggio d'intensità notevole, con alti rialzi termici e notevoli fatti di adinamia cardiaca. Defervescenza a partire dall'8 e nel successivo periodo qualche fatto di gastroenterite, passato poi in guarigione. Questo bambino stesso nell'inizio dell'agosto è poi deceduto per l'insorgenza di una menengite tubercolare.

OSSERVAZIONE VI. — G. Gavino, anni 5, di costituzione gracile a tipo linfatico, con una spiccata miseria organica e qualche cicatrice per scrofolosi pregressa. Il 12 aprile viene colpito dall'infezione con fatti prodromici di media intensità macchie di Koplik ben rilevabili, il 15 compare l'esantema che si diffonde regolarmente e comincia ad impallidire il 18. Qualche fenomeno di enterite nel periodo immediatamente successivo, che scompare però subito lasciando il bambino in discrete condizioni. Il 2 maggio nuova insorgenza di fatti catarrali, con eruzione morbillosa il 6, senza possibilità di riscontrare le macchie di Koplik. Il 10 s'inizia il periodo della defervescenza che decorre con fenomeni di notevole astenia da parte del bambino. Questo secondo attacco dà l'impressione generica di essere stato più violento del primo e di avere più fortemente debilitato l'organismo del bambino.

OSSERVAZIONE VII. — R. Paolino, anni 4: proviene da famiglia con tare tubercolari, per quanto egli dimostri florida salute e non sia possibile in lui il rilievo di alcun fatto obiettivo di tale natura. Il 27 febbraio inizio dei fatti prodromici decorsi con modica intensità. Koplik ben visibile.

Il 1° marzo eruzione esantematica notevole con forti rialzi termici, il 4 s'inizia il periodo della defervescenza senza fatti di complicazioni secondarie. Il 15 marzo viene riportato nell'ambulatorio con una nuova insorgenza esantematica più vivace della prima e datante già da 24 ore. Defervescenza regolare: insorgenza, al quarto giorno di apiressia, di nuova elevazione febbrile dovuta al prodursi di un focolaio broncopneumonico destro, risolto in seguito senza reliquati. Nell'anno precedente il bambino era stato colpito da infezione pertossica.

OSSERVAZIONE VIII. — T. Carlotta, 5 anni, sana e robusta: proveniente da famiglia di dubbio gentilizio. Il 14 marzo ci viene portata con eruzione cutanea morbillosa classica in seconda giornata. Dall'indagine è possibile accertare lo svolgimento tipico del periodo prodromico precedente. Il 16 ha inizio il periodo della defervescenza, che si svolge normalmente. Il 3 aprile viene riportata per una tosse violenta, stizzosa, secca, e fatti catarrali nasali e congiuntivali notevolissimi, che fanno temere alla madre di una forma grippale. Rileviamo subito la presenza delle macchie di Koplik, e diagnostichiamo una ricaduta morbillosa. Il 5 si ha infatti nuova eruzione morbillosa, accompagnata da rialzi termici notevoli e da abbattimento profondo delle forze. Il successivo periodo di defervescenza, iniziatosi il 9, decorre senza complicazioni. Non abbiamo più rivisto la bambina.

Queste le osservazioni nei fatti più salienti che a noi interessava fare rilevare. Sulla loro natura non è ammissibile alcun dubbio, essendosi il quadro svolto con i sintomi tipici del quadro morbilloso entrambe le volte, ed essendo esclusa, specialmente per la presenza delle macchie di Ko-

plik, l'ingorgo ghiandolare, i fatti prodromici e tutto il complesso del decorso, ogni possibile confusione con altri quadri eruttivi morbosi, sia scarlattina, che rosolia, e con eventuali eritemi tossici.

Dalla loro osservazione dobbiamo ritenere che la possibilità di ricaduta, ammessa come rara, è stata nei casi da me osservati, abbastanza larga: 1 % all'incirca. Ed in questo sta anche l'interesse dell'osservazione, perchè non sono stati i soli casi osservati; ma qualche altro è stato osservato negli stessi termini dal prof. A. Conti, direttore del Civico Ospedale, che me ne fece gentilmente partecipe, e da qualche altro collega.

Diversi rilievi debbono essere fatti al proposito. È da rilevare il fatto che negli anni precedenti, nei quali pure un discreto numero di casi di morbillo si era verificato, nessun caso di ricaduta e di recidiva è stato mai rilevato, e l'infezione ha avuto carattere prevalente di benignità.

Nella piccola epidemia della primavera scorsa invece il carattere del decorso in genere e dei diversi periodi: prodromico e catarrale, è stato piuttosto vivace, con un discreto numero di complicazioni, a carico dell'albero respiratorio prevalentemente. Oltre a ciò, a differenza che nelle altre epidemie, anche un certo numero di adulti è stato in questa colpito. Io, per es., ho potuto osservare 5 casi: dei quali in 2 non vi sarebbe stata mai una infezione morbillosa pregressa e sarebbero quindi da considerare come casi di prima infezione, mentre negli altri 3 (una giovinetta di 15 anni, un giovine di 27 anni, ed una signorina di 21 anni) risultava il morbillo sofferto nell'età infantile, ed in questi casi bisogna parlare di reinfezione.

Abbiamo dunque dei casi di ricaduta e dei casi di recidiva del morbillo, che, entro limiti diversi di tempo, riproducono lo stesso fenomeno e cioè una nuova manifestazione dell'infezione in un organismo che già lo ha sofferto.

Per il meccanismo di produzione della recidiva io credo che sia da ammettere senz'altro la reinfezione per cessazione del fenomeno immunitario determinato dalla prima infezione, e ciò in relazione a fenomeni che si collegano certamente al fattore individuale e dei quali ci sfugge la precisa natura. Non è improbabile però che essi siano da porsi in rapporto ad una rottura dei poteri di equilibrio, di difesa dell'organismo, per altre cause morbose, che ne soverchiano le resistenze, e fra esse in prima linea l'infezione tubercolare. È un fatto che in due dei tre casi di recidiva che io ho osservato, esistevano dei sicuri fatti tubercolari polmonari, che nel giovane di 22 anni hanno qualche mese più tardi determinato il decesso.

E questa rottura di equilibrio, questa diminuzione dei poteri di difesa io credo debba invocarsi da un lato nello spiegare il fatto osservato delle ricadute, mentre dall'altro lato, tanto per queste come per le recidive, un altro fattore deve, con ogni probabilità, essere cercato nello speciale carattere di virulenza e di esaltamento del germe che determina l'infezione stessa. È noto che dopo dei periodi di blandizie più o meno lunghi si hanno delle esacerbazioni delle epidemie di morbillo, delle quali si può dire che ciascuna ha un carattere di virulenza suo proprio.

Carattere e virulenza del germe dunque da un lato, e caratteri organici e disposizioni individuali speciali dall'altro lato, sono i due fattori sui quali poggia probabilmente il meccanismo delle ricadute e quello delle recidive

È certo che nei casi che io ho esposto il fattore individuale è abbastanza netto e che vi è fra tutti un certo legame circa la natura di esso.

Si trattava per lo più di organismi deboli, già tarati, immiseriti, come nella 1ª, 2ª, 5ª, 6ª, 7ª osservazione; nei quali quindi le resistenze organiche erano affievolite. In quasi tutti la prima manifestazione non ha avuto esplicazioni violente, clamorose, ma piuttosto contenute in medii termini, oppure decorrenti blandamente, la 2ª manifestazione è stata invece in genere più violenta, e più netta. È da pensare allora, con Fedou e con Aporti che la ricaduta non sia già dovuta ad una reinfezione, come erroneamente pensa qualche autore, ma all'esaltamento della virulenza dello stesso germe del morbillo che momentaneamente attenuatasi, ma non vinta, per le scarse resistenze organiche, quando queste vengono più completamente soprafatte, riesplode con manifestazioni nuove, esplicando tutta la virulenza che non potè manifestarsi nell'attacco primitivo. In genere infatti le ricadute hanno un carattere di maggiore esaltazione.

Un'osservazione che non è priva di interesse è quella da me fatta che nei miei casi dominano due fattori, il fattore familiare ed il fattore tubercolare.

Nei primi quattro casi si tratta infatti di due coppie di fratelli nei quali si verifica, con gli stessi caratteri, lo stesso fatto di ricaduta, ed il bambino della 5ª osservazione era legato da vincoli stretti di consanguineità (cugino) al giovine di 22 anni, colpito da recidiva morbillosa e morto successivamente per infezione tubercolare.

Questa constatazione fa pensare che a fondamento del comune fenomeno della ricaduta o della recidiva, vi possa essere, fra quelli capaci di determinarle, diminuendo la resistenza organica, un fattore comune, che potrebbe forse identificarsi nell'infezione tubercolare. Perchè è un fatto che su 8 casi di ricaduta in 5 (1°, 2°, 5°, 6°

e 7°) troviamo abbastanza evidente la connessione con questa infezione; mentre nell'8° caso non può essere esclusa e nel 3° e 4° l'indagine anamnestica ed il dato clinico non hanno un valore assoluto per potere escludere ogni influenza del genere. E d'altro canto dei tre casi da me osservati, colpiti da recidiva, uno è in seguito morto per forma tubercolare preesistente, ed un altro presentava dei fatti di notevole, profonda miseria organica per deperimento.

È noto, d'altro canto, quali profondi legami intercedano spesso fra infezione morbillosa e tubercolare negli stessi organismi.

Riepilogando dunque, io ritengo che i casi da me esposti presentino un notevole interesse:

1) per il loro numero notevole, cui è da aggiungere quello di altri osservatori, tutti nello stesso periodo ed in dipendenza quindi dello stesso genio epidemico;

2) per la evidenza dimostrativa della possibilità di ricadute e recidive nel morbillo, in più larga misura di quanto non si osservi abitualmente, quando si verifichino condizioni di epidemia e condizioni organiche individuali speciali, atte a favorire la reinsorgenza dell'infezione;

3) per la connessione quasi costante che in tutti i casi appare col fattore tubercolare.

Quando lo speciale microrganismo, messo in evidenza come agente etiologico del morbillo dalle brillanti ricerche di Caronia e Sindoni, sarà ancora meglio conosciuto in tutte le sue proprietà e caratteri biologici, forse meglio si potranno stabilire i rapporti di causa fra le manifestazioni del morbillo di cui mi sono occupato e la possibile influenza di altri fattori infettivi, o comunque debilitanti dell'organismo.

BIBLIOGRAFIA.

COMBY (in COMBY e GRANCHER). *Traité des maladies de l'enfance*, 1904, p. 320.
BENDIX H. Trattato di Pediatria.
FEER E. Ibid.
HUTINEL O. *Les maladies den enfants.*
COZZOLINO O. Trattato di Pediatria.
GAUCHER. Ann. de medic. et chirurg. infant., 1899, n. 24.
SEVESTRE, LE CLERC, VERGELY, MORQUIO. Riportati da COMBY.
WEILL. Rev. génér. de clin. et thérap., 1895.
ODDO e POESY. Soc. médic. du Comité des Bousches du Rhône, in Gazz. Osp. e Clin., 26-1-1909.
FEIBELMANN. Archiv. Klin., Bd. 57 H, 1-2-1911.
LEACK GERAL D. The Lancet, dicembre 1905.
LANDOUZY. Rev. génér. de cliniq. et thérap., 1902, pag. 298.
WOODY. Proc. of the Pathol. Soc. of Philadelphia, Vol. 14, p. 158, 1912.
APORTI F. La Pediatria, febbraio 1904.
FEDOU. Arch. de méd. des enf., 1912, n. 4.
HERMANN. Archiv. of pediatr., 1914, n. 12.

RIVISTE SINTETICHE.

DIVISIONE CHIRURGICA DELL'OSPEDALE DI GROSSETO
diretto dal dott. prof. O. CIGNOZZI.

Il trattamento delle tubercolosi chirurgiche e delle loro associazioni microbiche.

Dott. prof. ORESTE CIGNOZZI.

Nella pratica chirurgica ha molta importanza la complicazione settica di quelle forme tubercolari che rientrano nel vasto campo della patologia esterna e della terapia attiva, le quali pur mantenendo nella cura i cardini fondamentali del trattamento specifico antitubercolare debbono sottostare alle indicazioni operatorie per il sopraggiungere nei focolai di agenti patogeni a tipo acuto e settico: che ne modificano la fisionomia clinica.

Acquistano perciò molto valore quelle complicanze infettive secondarie che possono avvenire in un processo tubercolare chirurgico a causa delle numerose e svariate associazioni microrganiche, che non raramente vengono ad affettare dei focolai di lunga durata che subdolamente si vanno evolvendo verso la caseificazione e che, in altri tendenti alla guarigione fibrosclerotica, in un dato momento quasi subacutamente vedono sopravenire gli effetti di questa secondaria infezione e simbiosi microrganica per azione di cocchi piogeni, specie lo stafilo e lo streptococco.

Per maggiore chiarezza d'esposizione e per più sicura guida sarà bene dividere le forme più comuni di tubercolosi chirurgica in gruppi aventi a capo le sedi dei vari e principali tessuti e che la pratica c'insegna essere più affetti da queste complicazioni purulente e quindi dovremo tenere presenti:

1) le forme ghiandolari;

2) le tendovaginitiche e le sottocutanee;

3) le periostee ed osteo-mielitiche con o senza seni fistolosi;

3) le osteo articolo sinoviali;

5) le pleuriche e le peritonitiche;

6) le renali e le perirenali;

7) le epididimarie.

1. — TRATTAMENTO CONSERVATIVO.

In questa prima parte illustrerò i tipi in cui è sufficiente la cura economica conservativa.

In tesi generale allorchè un processo tubercolare di natura chirurgica si evolve secondo le leggi normali della patologia e dell'anatomia patologica esso svolge oltrechè un'azione generale

(compendiata nelle proprietà della tubercolina, dell'acido tubercolinico, della nucleina tubercolare e tubercolisina, che sono i veleni estraprotoplasmatici elaborati dal bacillo e studiati accuratamente da Behring e dalla sua scuola) anche un'azione locale dovuta a prodotti intraprotoplasmatici.

Sono appunto queste modificazioni che la tubercolosi apporta sui tessuti locali, che hanno particolare interesse per la chirurgia; specie per quella settica nella cui sfera d'azione frequentemente questi processi rientrano.

Esse sono rappresentate da reazioni molteplici, di cui le fondamentali sono cinque nella loro più semplice espressione, esente da combinazioni e da fusioni dell'una con l'altra: verso cui in alcuni esemplari possono tendere; ed infatti schematicamente noi spesso osserviamo per ognuna e per talune delle lesioni anatomo-topografiche sopra cennate i seguenti tipi di azione locale:

a) Un'azione proliferativa. Ad essa spetta la caratteristica della formazione dei tubercoli, che è il substrato della reazione produttiva, la quale forse lentamente si avvia ai suoi esiti, di cui il più evoluto è il tubercolo miliarico caseoso, e la loro confluenza viene quindi a formare quel processo di rammollimento, che si trasforma in una poltiglia semiliquida, cremosa con caseosi, che è il substrato dell'ascesso freddo. Può invece il tubercolo seguire un'altra metamorfosi più favorevole e cioè invece di rammollirsi può delimitarsi e circoscriversi sia a mezzo della calcificazione sia con l'incistamento che con l'incapsulamento, dando luogo alla sclero-fibrosi calcificante.

b) Un'azione veramente flogogena più diffusa, più infiltrante, che ha la sua grande importanza nei processi tubercolari e che è la base dell'infiammazione granulomatosa. Le alterazioni possono essere circoscritte, oppure possono invadere estesamente tessuti, organi, parenchimi, come succede nel rene, nelle articolazioni, nelle guaine tendinee; e sono date da un tessuto fondamentale embrionario di granulazione, a tipo mixofungoso. Gli esiti di questo processo granulo fungoso flogogeno possono essere o la necrosi caseosa, che resta commista e fusa col tessuto granulante; oppure più favorevolmente un'attivazione fibroblastica degli elementi locali di difesa per cui dalla medesima granulazione tubercolare flogistica s'inizia un processo di fibrosclerosi, che si avanza fagocitando e distruggendo il prodotto fungoso bacillare specifico, sostituendosi ad esso, che viene annullato e strozzato fino ad arrivare ad una cicatrizzazione fibro-sclerotica, che è l'esito più comune delle guarigioni dei tipi chirurgici.

c) Un'azione necrotizzante più o meno estesa, che porta a quella fase di metamorfosi regressiva, che è la caseificazione, stadio questo molto frequente e quasi immancabile nei processi tubercolari: e che è il tipo più caratteristico della determinazione e produzione dell'ascesso freddo. La caseosi è una forma di necrosi da coagulazione; s'inizia con lesioni nucleari proprie della cariolisi e spesso anche della cariocinesi e della picnosi; le cellule vengono ad assumere le parvenze di masse jaline, come vitree, ed è così che vengono a fondersi assieme. Da questi fenomeni di distruzione cellulare si viene a produrre una sostanza omogenea o leggermente granulosa, nella quale non si riscontra più traccia di nuclei e solo frammenti di cromatina. I vasi sanguigni e linfatici essudano una sostanza coagulabile che si dispone attorno al tubercolo e che si rapprende in coagulo ed è stata chiamata fibrinoide, senza avere i caratteri della fibrina.

d) Un'azione fibrocirrogena primitiva, la quale ci dà ragione delle forme fibrose fin dall'inizio della tubercolosi. Questa è più specifica e caratteristica nel tessuto linfatico; cioè ghiandole e milza. L'esame istologico ci fa constatare una tessitura cellulare delle parti; in cui le lesioni sono più recenti; e cellulare e fibrosa contemporaneamente nelle zone più vecchie e più antiche. Questa infiammazione è appunto detta fibroepitelioide.

e) L'azione flogogena essudativa si può produrre per la proprietà chemiotattica positiva dei veleni tubercolari, che in alcuni tessuti ed in alcune circostanze di reazione locale possono determinare tutte le forme anatomiche di un'infiammazione quasi acuta; così da aversi il tipo essudativo sieroso emorragico, quello fibrinoso ed il purulento. I tessuti maggiormente affetti da esso sono la pleura ed il peritoneo; le meningi, la vaginale del testicolo, ecc.

In complesso adunque i prodotti batterici dell'infezione tubercolare possono in talune contingenze presentare fenomeni e lesioni anatomo-patologiche, che molto si avvicinano alle flogosi acute ed in taluni casi anche alle alterazioni dei processi settici (fusione ed essudazione purulenta); però essa si distingue da quelle acute prodotte da altri microrganismi, sia per la parte preponderante a cui partecipano i linfociti, per la facilità con cui la raccolta marciosa va incontro alla caseificazione, e per l'immancabile formazione di noduli tubercolari.

Queste cognizioni fondamentali di anatomia patologica e di patologia ci serviranno di guida nell'illustrare gli esiti ed i trattamenti delle varie

forme di tubercolosi chirurgica, che complicate da lesioni distruttive e da associazioni microbiche, rientrano nel quadro generale di quelle alterazioni d'infezione a focolaio, simili ad ogni altra lesione settica.

Per essere quindi più completi su questo argomento è necessario qui esporre i dati principali dei processi infettivi, che possono essere la causa dell'associazione microbica e più propriamente della simbiosi e dell'antagonismo, che possono verificarsi in linea generale fra bacillo tubercolare e gli altri numerosi germi, che spesso vengono ad inquinare il focolaio di prima alterazione specifica bacillare.

Una considerazione d'ordine generale varrà a metterci subito sopra una strada diritta per affrontare questa importante quistione, la cui soluzione pratica non ha avuto ancora quell'universale consenso, da cui la clinica possa oggi trarre delle razionali applicazioni.

Chiamiamo noi lesioni tubercolari chirurgiche quelle localizzazioni specifiche, le quali si mostrano chiuse dentro organi e tessuti senza comunicazione primitiva anormale col mondo esterno, da cui l'appellativo di tubercolosi chiuse. La pratica clinica ha inoltre assodato che quando queste forme chiuse vengono ad aprirsi all'esterno la lesione assume un andamento a prognostico più grave; tanto che oramai fra i chirurgi è accettata la formola che un processo tubercolare chirurgico, senza complicazioni settiche, rappresenta un *noli me tangere* ad ogni intervento e che solo casi speciali in date condizioni possono essere trattati in via operatoria cruenta, mentre nella massima parte si sono proposti ed escogitati procedimenti in cui, pur eseguendo manualità di cura chirurgica, si bada sempre di mantenere chiusi più che sia possibile questi focolai.

Questi dati basterebbero da per sè stessi a dimostrare che l'associazione microbica, che è più facile a verificarsi quando un processo tubercolare viene ad essere aperto e comunica con l'esterno, che è sempre fomite e substrato all'immissione di svariate flore microrganiche, è nella maggioranza dei casi favorevole e poco vantaggiosa alla lesione tubercolare.

Inoltre la considerazione che i focolai per la loro localizzazione esposta all'aria ed alla remora, quali sono le tubercolosi polmonari, dell'intestino e di altri tratti aperti, sono in genere i più attivi patologicamente, i più dannosi all'organismo e quelli di maggiore virulenza, che a preferenza determinano l'esito letale; mentre le forme chiuse e le chirurgiche in ispecie sono molto meglio dominabili e suscettibili, in una grande percentuale, di guarigione: tali considerazioni, dico, stanno ad attestare il sopra esposto asserto che l'anaerobismo, ma più l'unicità dell'infezione, è molto più benefica a qualunque lesione tubercolare.

Si comprende, che questa regola generale, subisce in alcuni esemplari, in speciali condizioni ed in peculiari contingenze, la sua eccezione, la quale ultima però non può infirmare il concetto di massima che la clinica ci addita attraverso alla secolare esperienza di tanti studiosi.

In tal modo veniamo ad abbordare la quistione della simbiosi e dell'antagonismo batterico di fronte alle varie forme di associazione microbica.

Nel campo della patologia e della clinica la simbiosi ha la sua grande importanza biologica e molti fenomeni vitali fisiologici e terapeutici non sono altro che il risultato di questa simbiosi; o meglio di questa associazione positiva e benefica; come, ad es., tutto quel gruppo di fermentazioni e di digestioni, che si avvera in condizioni normali, patologiche e terapeutiche nel tubo gastro-intestinale dell'uomo e degli animali. La risultante di questa necessaria e talora indispensabile simbiosi positiva terapeutica sta a rappresentare un complesso tale di fenomeni biochimici, di adattamento ed elaborazione biologica, che non è sfuggita ai più attenti osservatori che hanno tratto in questi ultimi anni delle deduzioni d'interesse curativo delle più importanti.

L'antagonismo invece consiste nel fatto che certe specie batteriche non possono vivere le une accanto alle altre e nel caso che si trovino a vegetare assieme o si distruggono a vicenda o determinano alterazioni locali e generali molto dannose all'ospite.

Lo studio clinico delle tubercolosi chirurgiche ci fa constatare che quando in uno di questi focolai intervengono i germi più comuni e più abituali che sono la causa delle lesioni settiche di focolaio, i tessuti tubercolari non hanno la proprietà assieme al bacillo di Koch ed ai suoi prodotti di neutralizzare e distruggere questa nuova flora associativa; ma solo la sclerosi e l'infiltrazione cronica dei tessuti possono in primo tempo mitigare e circoscrivere la flogosi ed anche la produzione purulenta; mentre secondariamente le alterazioni tubercolari sembrano influenzate maleficamente dall'infiammazione acuta dei piogeni. Valutando attentamente l'esito delle lesioni tubercolari con associazioni microbiche a patogenesi flogistica acuta si constata che esiste da prima un antagonismo patologico relativo, che pur attenuando in sull'inizio il germe più attivo e più acuto, dà luogo in secondo tempo ad una simbiosi negativa o patologica aggravante la condizione anatomo-clinica del focolaio tubercolare;

cioè siamo di fronte ad un fenomeno associativo con ripercussioni malefiche sul processo locale e spesso anche sulle condizioni generali; in quanto che una flogosi violenta su di un'alterazione tubercolare può suscitare un incendio sia nel riguardo del bacillo di Koch sia in raffronto agli stipiti acuti di associazione microbica.

Ecco il vero significato e la portata anatomica e clinica di un intervento da piogeni o da altri germi ad evoluzione rapida dentro un focolaio tubercolare.

La reazione che suscita l'intervento di questi diversi nuovi germi è varia ed essa dipende dalla loro virulenza, dalle condizioni di resistenza del focolaio; ma sopratutto dalla sede della lesione iniziale e dalla specie di alterazione anatomopatologica, che affetta il processo primitivo bacillare, ed in ultimo dalle condizioni generali di lotta del paziente.

Penetrato un dato stipite microrganico dentro un focolaio tubercolare esso per mantenere la sua virulenza e per esaltarla ha di bisogno di un pabulum adatto, che dalla pratica clinica il migliore e più confacente sembra essere la necrosi caseosa; mentre nelle granulomatosi, nelle fibrosclerosi, i germi patogeni d'infezione acuta hanno un maggiore ostacolo al loro sviluppo e proliferazione. In alcune lesioni d'infiammazione essudativa tubercolare specie la sierosa e la puruloide, come alla pleura, si può constatare attecchimento non raro di piogeni.

Le flore batteriche che possono vegetare e moltiplicarsi sui focolai tubercolari sono varie e molteplici; ma le più frequenti sono rappresentate dagli stafilococchi, dagli streptococchi, dal bacterium coli, dal tetragono, da germi della putrefazione, rarissima è la presenza del bacillo del tifo, del melintense, ecc.

La penetrazione e l'attecchimento dei varii germi d'infezione acuta incontra certo delle difficoltà nei tessuti stessi di demarcazione e di delimitazione nei processi tubercolari a causa della reazione fibroblastica immancabile in qualunque tipo della flogosi bacillare specifica; e poichè anche non sempre il substrato della lesione primitiva si presta alla vegetazione rigogliosa dei nuovi ospiti e da qui la non frequenza delle associazioni microbiche da una parte e dall'altra una certa attenuazione, specie in primo tempo di questi germi acuti, basata sopra un antagonismo relativo; che imprime alle infezioni miste di un focolaio tubercolare una sintomatologia ed un decorso alquanto ibrido, incerto e spesso subdolo ed attenuato nei suoi effetti locali e generali.

L'esperienza clinica e l'anatomia patologica ci mettono anche sotto gli occhi alcuni dati importanti nei riguardi delle alterazioni tubercolari, le quali da una sopravvenienza d'infezione acuta vedono spesso peggiorate le loro condizioni di difesa locale e non raramente si assiste alla propagazione più celere e più diffusiva del processo tubercolare, e solo in qualche tessuto, ricco di difesa e di resistenza sia per la specialità, di esso, come succede per le ghiandole linfatiche, sia per poteri di reazione dell'organismo e per l'attenuazione del bacillo di Koch, può ritrarsi un benefico effetto da un'infezione acuta trapiantatasi in esso. Lo stesso traumatismo chirurgico alle volte può essere causa del divampare della flogosi bacillare specifica, sia per la penetrazione di germi piogeni sul focolaio, sia per la diminuzione di resistenza che l'atto operativo può imprimere ai tessuti viciniori.

Questi criteri che ho esposto nei riguardi delle varie forme anatomo-patologiche dell'infezione tubercolare e degli effetti, che su di esse può produrre una secondaria associazione microbica di germi piogeni; rappresentano la pietra miliare della moderna terapia della tubercolosi; e specie della cura delle complicazioni settiche dei focolai. È merito di Francesco Durante di avere intraveduto questi fatti e questi fenomeni speciali alle varie forme di tubercolosi e di avere dimostrato che se da una parte possono esse da un trattamento specifico intenso jodico e balneare trarre grandi vantaggi terapeutici, dall'altra spesso l'intervento in molti casi può essere più dannoso che utile; e quindi da questo periodo s'inizia quel sistema di cura astensionista operatoria per le tubercolosi non complicate a sepsi e di terapia fisica, associato alle immobilizzazioni, che ha condotto ai trionfi attuali illustrati da Calot, Chaput, ecc., come vedremo più sotto quando parleremo della terapia antitubercolare.

Prima però mi propongo di illustrare il trattamento di un processo tubercolare di un dato organo o tessuto il quale sia andato incontro ad una suppurazione da piogeni o che sia invaso da infezione acuta più violenta. Abbiamo già visto il perchè in generale nelle associazioni microbiche in focolai tubercolari le manifestazioni cliniche della sepsi si mostrano in genere alquanto blande ed attenuate e come perciò viene molto aiutato il compito del curante nel trattamento di queste complicazioni.

Vedremo infatti come il caposaldo di questa terapia chirurgica si deve fondare su quelle norme già accennate e cioè la possibilità di traumatizzare meno possibile i tessuti e l'organo malato e di mantenere chiuso il focolaio; evitando così incisioni e contemporaneamente l'evenienza di ulcerazioni della cute per parte della sepsi locale: onde allontanare la possibilità di altre infezioni secondarie a carico delle lesioni tubercolari.

1) LE FORME GHIANDOLARI.

Il linfoma suppurato del collo è il prototipo delle lesioni ghiandolari tubercolari, in cui più facilmente s'innesta il piogeno.

Al collo, regione estetica di prim'ordine, considerazioni di cosmesi si associano a quelle dettate dalla patologia e dalla clinica; per cui già da tempo si è inteso il bisogno di procedere allo svuotamento di questi ascessi ghiandolari mercè punture evacuatrici, praticate con piccoli trequarti o con aghi cannule di media grandezza, seguite da iniezioni modificatrici coi varii liquidi, fra cui le soluzioni alcooliche di jodio sono le più raccomandate. In taluni casi alcune punture evacuanti, praticate a qualche settimana di distanza possono essere sufficienti a determinare la guarigione dell'ascesso, a cielo coperto, la modificazione ed il miglioramento del processo tubercolare; in quanto che con liquidi sclerotici si agisce nel senso di provocare quella reazione fibro-sclerogena, che è anche specifica della tossina tubercolare. Però in esemplari a lesioni molteplici e con ascessi alquanto estesi l'aspirazione e le iniezioni modificatrici spesso non dànno un celere e sicuro risultato; ed anzi talora la cute tende ad ulcerarsi ed a formare delle fistole specie attraverso al foro di passaggio dell'ago cannula o del trequarti. È qui allora che meglio si addice il metodo di Chaput, del drenaggio filiforme. Credo opportuno mettere in evidenza in questo metodo la superiorità sul filo di seta dello spago sottile paraffinato nei riguardi dell'efficienza del drenaggio, poichè il materiale, seta o spago, paraffinato dà: minori danni di decubito, una maggiore efficacia dell'azione della paraffina sul fondo e sulle pareti della raccolta; in modo che esso è più pratico, più utile, più vantaggioso del filo semplice di seta o di metallo; ed i risultati cosmetici vengono così assieme a quelli terapeutici ad essere molto migliori quando si adoperino questi fili paraffinati.

Sebbene questi metodi dell'aspirazione dell'ascesso e del drenaggio filiforme rappresentino un reale vantaggio, pure talora essi possono in taluni casi fallire allo scopo ed aversi ulcerazione della cute ed installazione di un seno fistoloso. Non è poi raro il caso che il malato si presenti a noi già con perforazione della cute e sulla via di formazione di un'ulcera fistolosa granulo-fungosa. Di fronte a tale evenienza due punti sono da tenere presenti: il primo basato sulla possibilità di evitare secondari inquinamenti microbici dentro il focolaio specifico; il secondo che si propone di curare adeguatamente il seno e di avviarlo a guarigione mercè una lenta, ma probabile cicatrizzazione.

Un vantaggio nella cura di queste fistole ed ulceri tubercolari su linfoadeniti, lo abbiamo spesso sulla natura del tessuto, su cui s'impiantano, in quanto che la ghiandola linfatica ha sempre a sua disposizione una buona reazione per potere sbarrare la strada ad ulteriori complicazioni e propagazioni e per poter offrire stoffa e modo alla proliferazione sclero-connettivale per procedere alla cirrosi della parte ed alla cicatrizzazione del processo.

Si tratta in questi casi di aiutare tali risorse locali e di attivare da una parte un'antisepsi continuata e dall'altra uno stimolo alla reazione connettivo sclerotica.

Gli impacchi con la soluzione alcoolica acida ipocloritica, secondo la formola da me tracciata in altri miei lavori (*Minerva Medica*, 1923), « Il trattamento delle lesioni settiche », editore Cappelli, Bologna, 1923; manuali Collana del *Policlinico*, 1925), ottengono lo scopo di una disinfezione della cute e delle parti del tramite accessibili e determinano anche una benefica influenza sul tessuto dei seni e delle ulceri, che si mostrano a tipo più granulante, meno fungosi già subito dopo le prime applicazioni dell'antisettico. Si può fare uso di questi impacchi medicati per delle settimane intere e dei mesi senza vedere insorgere alcuna molestia o intolleranza a danno della cute circostante. In media dopo circa un mese le parti fistolose superficiali si mostrano vantaggiosamente modificate ed è allora che si può procedere o all'instillazione di soluzioni jodo-jodurate attraverso al seno e al raschiamento dei tessuti del tragitto e del fondo con un cucchiaino di Wolkmann, manovre queste, che si possono ripetere a giorni alterni, mantenendo sempre dopo tale trattamento l'impacco alcoolico ipocloritico.

Contemporaneamente le cure generali e di terapia fisica che illustreremo più avanti giovano in modo ausiliare al meccanismo della guarigione.

Quando l'esame obiettivo e l'esatta valutazione dello stato locale dei tessuti dimostra la sicura evoluzione della fibrosclerosi si potrà cessare dagli impacchi ed applicare nelle vicinanze della fistola e su di essa una certa quantità di pomata mercuriale o di cerotto di Vigo, che in questi casi agiscono attivamente da cheratoplastici e da eccitatori delle definitive forme di cicatrizzazione.

Quando la pazienza del chirurgo, quella del malato, e più la resistenza passiva atonica dei tessuti, nonostante queste molteplici e prolungate manipolazioni, che possono essere eseguite per mesi, non arrivano allo scopo di vedere guarito il seno fistoloso; e le condizioni locali sono in grado di poter indicare un intervento economico che escida completamente la ghiandola ed i tessuti persistentemente torpidi, allora il chirurgo

con tecnica delicata, con dissociazione e con metodo più perfettamente cosmetico, è autorizzato ad asportare in via cruenta il focolaio, a procedere a quella sintesi con norme che assicurino una guarigione per prima, usufruendo in questi casi del drenaggio filiforme alla paraffina, come ho illustrato nel mio lavoro apparso sulla sezione chirurgica del *Policlinico* del 1923.

z) LA TUBERCOLOSI DELLE GUAINE TENDINEE, DEI MUSCOLI E DEL SOTTOCUTANEO.

L'essudazione sierofibrinosa, e la necrosi caseosa sono i prodotti che favoriscono la vegetazione dei piogeni e spesso non solo l'ascesso freddo si trasforma in raccolta di una certa tumultuarietà; ma altresì le barriere di esso vengono sorpassate dall'infezione acuta da stafilococchi e peggio ancora quando vi alligna lo streptococco. In questi casi le guaine tendinee e gl'interstizi muscolari, il cellulare sottocutaneo lasso favoriscono la propagazione della sepsi. È vero che mai una flogosi secondaria anche virulenta ed attiva impiantatasi sopra questi ascessi freddi da lesioni tubercolari tendovaginitiche, muscolari e sottocutanee assume i caratteri d'infiltrazione proprii dei flemmoni settici e che spesso si limita ad un aumento di tensione della preesistente raccolta caseoso-siero-fibrinosa ed a delle propaggini per le guaine ed il cellulare; ma il maggior danno essa l'arreca alla cute che spesso tende ad ulcerarsi e perforarsi.

Certo il problema terapeutico in questi casi non è dei più facili nei riguardi degli esiti lontani; poichè talora riesce quasi impossibile prevenire le perforazioni, da cui fistole ed ulcerazioni più o meno vaste con scopertura del focolaio tubercolare, che in contatto dell'aria aumenta la sua gravità invadente specifica. D'altra parte aggredire con le norme chirurgiche comuni dei processi settici tali focolai, equivale a creare condizioni d'inferiorità di resistenza alla lesione tubercolare; e a non debellare completamente la sepsi; la quale attenuata viene a formare per associazioni batteriche successive e per adattamenti d'ambiente e di vita una vera simbiosi, in cui piogeni e bacillo tubercolare minano la resistenza organica, indeboliscono la reazione dei tessuti ed è così che si ha la subdola e lenta infiltrazione di quelli viciniori, l'allargamento dell'ulcera e l'installazione o germoglio del tessuto mixofungoso, che invade e pervade in profondità ed in superficie; e questa era appunto la sorte più comune della massima parte dei processi tubercolari, che l'antica chirurgia aggrediva e cercava di curare in modo attivo operatorio e cruento: e che dava le più gravi disillusioni; e che appunto hanno determinato la corrente astensionista nelle lesioni specifiche bacillari non complicate.

Nei casi adunque di questi ascessi freddi di origine tendovaginitica o muscolare, in cui il sopravvenire di un processo settico acuto minaccia l'apertura del focolaio, la perentoria indicazione viene data dallo svuotamento più precoce possibile della raccolta; dalla secondaria iniezione di soluzioni antisettiche attive, che non danneggino le pareti dei tessuti, e possibilmente assicurare un drenaggio filiforme dei più sottili e dei più efficienti. Il trequarti è lo strumento che meglio si presta a svuotare quasi per intero la cavità ascessuante ed attraverso ad esso si può anche iniettare una soluzione antisettica, modificante, chemiotropica; e fra i nuovi composti chimici i derivati dell'acridina mostrano in questi casi la migliore efficacia, come i moderni studi ci mettono in evidenza; e fra essi è molto preferito il rivanolo. Infatti gli studi di Morgenroth, Schmitzer, Rosensteiin, Klapp dimostrano l'attività antisettica del rivanolo in soluzioni di 1:40.000, che ha il potere di far scomparire dentro 24 ore i cocchi iniettati nel sottocutaneo del topo; e lo stesso risultato si ha contro gli streptococchi. In genere nell'uomo sono bene tollerate soluzioni di 1:10.000 fino a 1:5000; magari con aggiunta di novococaina o di stovaina per mitigare il dolore. In genere è sufficiente il tempo medio d'azione di 24 ore per ottenere la disinfezione del focolaio; ma è sempre da tenere presente come talora l'infezione, sebbene dominata nella sua prima violenza con l'aspirazione e la medicazione antisettica, non scompaia e che quindi è necessario assicurare il drenaggio per meglio debellare la flogosi acuta. In questi esemplari il filiforme paraffinato trova la sua migliore applicazione per quelle medesime ragioni e contingenze, che ho già ricordato.

Può talora, specie in casi in cui già la diffusione della sepsi si è estesa più in alto alle guaine ed ai ventri muscolari, constatarsi un risultato negativo con queste sopra cennate manualità, e cioè mentre si ha un notevole miglioramento dell'ascesso localizzato, seguita invece l'infiltrazione e la flogosi più in alto e più profondamente, tanto che i fenomeni allarmanti generali e locali in questi rari esemplari ci obbligano di necessità e d'urgenza ad un intervento immediato operatorio.

In questi casi non abbiamo altra via d'uscita che aggredire ampiamente il focolaio tanto quello dell'ascesso quanto l'altro dell'infiltrazione settica con l'obiettivo di essere più generosi possibili nel senso di escidere tutte le parti malate ed affette dalla lesione specifica e di trattare in modo più aperto e l'una e l'altra sede delle alterazioni.

Il compito che resta allora al chirurgo non è dei più lievi ed egli ha bisogno della massima pazienza ed abnegazione; in quanto che guidare verso la cicatrizzazione tali estese brecce e tali alterazioni sul fondo di lesioni bacillari rappresenta un'opera di sacrificio e di oculata e persistente sorveglianza; onde evitare in buona parte il pericolo di atti demolitivi immediati od a distanza, come in qualche caso, superiore alle nostre risorse, può capitare; e dove appunto sorge l'indicazione di un'amputazione.

Allorquando uno di questi processi settici su lesione specifica tendinea viene bene dominato dallo svuotamento, dalla medicazione antisettica e dal drenaggio filiforme alla paraffina non dobbiamo perdere di vista la terapia consecutiva dell'alterazione iniziale bacillare e quindi il malato deve essere oggetto di tutte quelle cure locali e generali che valgano in secondo tempo a debellare in modo definitivo il processo tubercolare.

Veniamo a discutere sul trattamento secondario di quei focolai che per urgenti necessità della sepsi sono stati curati cruentemente in modo aperto per dominare il pericolo di una invasione.

Gli esiti di queste complicazioni si possono riassumere in diverse eventualità; e propriamente o nel dominio completo mercè ampie incisioni dell'infezione acuta; o nell'impossibilità di poter abbattere la flogosi acuta; o ancora attenuata la virulenza della sepsi; ad essa si sostituisce una suppurazione lenta, infiltrante del focolaio con l'installarsi di fenomeni generali e fatti locali, che si mostrano refrattari a qualunque trattamento conservativo.

È importante infatti tenere presente queste tre eventualità: poichè da esse dipendono le indicazioni di procedimenti economici oppure demolitivi.

3) LE PERIOSTITI E LE OSTEOMIELITI COMPLICATE A SEPSI.

Fortunatamente i processi settici molto virulenti in tessuti ossei intaccati dalla tubercolosi sono evenienze rare; ma allorchè per mancata resistenza locale e per deficienza di reazione generale, viene ad installarsi una flogosi ipersettica sopra una di queste lesioni, bene spesso la chirurgia conservativa viene a fallire nel suo scopo d'interventi economici locali ed è necessario un atto demolitivo talora precoce per salvare la vita del malato.

In genere però la flogosi acuta assume qui molto spesso i caratteri ben più circoscritti e di attenuazione ragguardevole in modo che nella maggioranza dei casi la sepsi si riduce ad ascessi localizzati ed, in una ulteriore evoluzione, in seni fistolosi purulenti, allorchè l'ulcerazione della cute è avvenuta in modo spontaneo e per trascuratezza del malato.

La patologia e l'anatomia patologica ci additano le condizioni, per le quali più spesso la sepsi in queste alterazioni ossee resta localizzata e si limita ad ascessi ed alla installazione molto frequente di seni fistolosi; i quali nella massima parte sono molto pertinaci e resistenti.

L'inizio della tubercolosi in questi casi è segnato dalla formazione di un focolaio di granulazione grigiastro o grigio rossastro, e talvolta anche da più focolai, la cui nota anatomica è il tubercolo grigio o giallo. Allorchè il focolaio tubercolare primario risiede nell'interno delle ossa, come ad esempio nel corpo di una vertebra, nella diafisi o nell'epifisi di un grande osso tubulare ed è nello stesso tempo centrale e lontano da un'articolazione, le ulteriori lesioni possono svolgersi per lungo tempo senza partecipazione del periostio. Nel luogo del focolaio tubercolare si stabilisce sempre un riassorbimento lacunare dell'osso, mentre il focolaio di flogosi specifica va incontro nel suo centro alla caseificazione; e se in questo tempo non si sono ancora distrutte le trabecole ossee, queste cadono in necrosi nel circuito della caseificazione. Generatosi il focolaio caseificante esso s'ingrandisce per accrescimento periferico marginale e per sviluppo di nuovi focolai tubercolari delle adiacenze. Quanto più rapidamente ciò accade tanto più presto si sviluppano focolai caseosi più grossi, che racchiudono numerose trabecole ossee necrotiche; mentre quando lo sviluppo è molto lento le trabecole ossee nel focolaio di granulazione possono essere interamente riassorbite.

Negli stadi più avanzati i focolai vanno sempre più confluendo, si rammolliscono e si liquefanno e si forma una caverna ossea contenente l'ascesso freddo, dentro cui possono nuotare o immergersi dei sequestri ossei, che talora restano in parte aderenti alle pareti, formate di tessuto di granulazione. Quando in un osso esiste un focolaio tubercolare non mancano mai processi di proliferazione tutto attorno; e nei focolai più grossi e più antichi, mentre in parte danno luogo a riassorbimento centrale di sostanza ossea, alla periferia succede una apposizione di nuovo tessuto osseo. Nelle ossa più voluminose in prossimità dei processi tubercolari si possono sviluppare reazioni osteoplastiche anche nel midollo osseo, e vi sono casi in cui il midollo s'ispessisce e si sclerotizza.

Nei riguardi della tubercolosi periostea si deve notare che essa può essere primitiva o secondaria e che spesso si assocìa da una parte all'osteomielitica ed anche dall'altra alla sinovitica; ed il decorso della periostite è alquanto diverso a se-

conda che il processo resta circoscritto o si diffonde ad estesi tratti della superficie dell'osso. Nella prima contingenza si formano focolai di granulazione più o meno nettamente limitati e contenenti tubercoli intorno ai quali la sostanza ossea viene riassorbita. Se invece sussiste anche l'osteomielite, il focolaio periostitico viene a comunicare con quello profondo. Anche qui nella periostite si forma la necrosi da coagulazione ed i focolai caseificati e rammolliti vanno incontro alla formazione dell'ascesso freddo, che viene ad aumentare sempre più di volume per aggiunta di elementi necrotici successivi, fino a che si formano quelle masse di raccolte migratorie detti ascessi da congestione o meglio ancora ossifluenti, la cui apertura spontanea provoca seni fistolosi, lunghi, profondi, tortuosi che spesso provocano infezioni secondarie del focolaio iniziale tubercolare.

Ora mentre la carie determina l'ascesso, che migra e si sposta, nelle parti circostanti suole stabilirsi una proliferazione del periosteo, la quale spesse volte dà luogo ad una formazione ossea non insignificante, in altri esemplari si constata invece atrofia.

Senza andare più oltre a descrivere altre secondarie alterazioni legate alla tubercolosi del midollo e del periostio nei riguardi delle varie ubicazioni regionali e delle funzioni e connessioni dei diversi segmenti dello scheletro, ed attenendoci al nostro argomento, vedremo come la produzione dell'ascesso congestizio e la reazione circostante delimitante osteomielitica ed osteoperiostitica rappresentano le condizioni anatomopatologiche per spiegare l'insorgenza di un'infezione acuta in essi, la possibilità della sua demarcazione dentro il focolaio, da cui il beneficio di queste barriere patologiche preesistenti che sbarrano la strada molto spesso alla diffusione ed infiltrazione da piogeni. Come ho accennato, fortunatamente i fenomeni acuti di una flogosi invasiva da parte dei germi associati e complicanti l'ascesso freddo, restano nella massima parte circoscritti alla raccolta preesistente di necrosi caseosa, e solo eccezionalmente per le condizioni anatomo-patologiche sopracennate può determinarsi dei fatti di diffusione, non però molto estesi, ma con una relativa subacuzie, la quale non è men grave di quando esplode in tessuti normali in forma violenta.

Un'infezione da piogeni in un ascesso freddo da osteoperiostite sarà meno temibile di quella che capita in un'osteomielite ed in quella mista periosteo osteomielitica.

Quando un ascesso migratorio di origine ossea ha assunto un grande volume, quando nell'organismo insorge una foruncolosi o altra lesione settica a focolaio e quando erroneamente o spontaneamente la raccolta viene ad essere aperta all'esterno, è molto facile un inquinamento da varii e molteplici germi d'infezione acuta.

Lo svuotamento mercè l'aspirazione capillare, la correzione e modificazione del contenuto della cavità mercè l'uso di liquidi antisettici; ed il drenaggio di esso alla Chaput mercè fili paraffinati sono le norme più comuni in ogni ascesso congestizio di origine ossea, nel quale sia insorta una flogosi acuta più o meno virulenta; e tanto più precocemente questo trattamento verrà eseguito tanto più vantaggiosi e benefici ne saranno i risultati.

Talora anche in questi esemplari la sepsi può assumere una acuzie ed una infiltrazione più marcata e minacciare la propagazione attraverso al midollo ed alle parti molli; ed allora dato il pericolo non lieve che sovrasta al malato può essere in via d'urgenza indicato un intervento, il quale se non vi sono gli estremi e le condizioni di un atto demolitivo, si limiterà a dominare con ampie incisioni il focolaio primitivo bacillare e contemporaneamente la zona minacciata da infiltrazione settica.

Certamente prima di aggredire ed aprire ampiamente un focolaio osseo tubercolare è sempre miglior consiglio d'insistere nel trattamento chiuso evacuante e modificante; e solo quando vi è perentorio ed indispensabile bisogno per grave minaccia generale, che si dovrà scegliere il metodo cruento conservativo. In questi casi il chirurgo dovrà avere di mira il dominio della sepsi e dei fatti acuti e deve tanto con le incisioni che col trattamento secondario adoperarsi per un'azione antisettica delle più accurate, continue, come ho accennato per le precedenti forme. Qui invece la sorveglianza deve essere più accurata nei riguardi del decorso delle alterazioni settiche; poichè allorchè si veda che ogni ampio e generoso trattamento economico e le successive cure non valgono, assieme agli ausili per via generale, a debellare la flogosi acuta, quando essa sia localizzata in qualunque segmento dell'arto, viene al più presto ad essere indicato un atto demolitivo nell'interesse supremo del malato.

Ma se invece dopo la terapia cruenta, economica e conservativa si può rilevare un naturale miglioramento, allora l'attenzione e la cura del chirurgo deve essere rivolta sia alla guarigione della flogosi acuta, ma più pazientemente alla guida del focolaio tubercolare, dove sia per le alterazioni precedenti, ma anche per l'innesto acuto di germi e del contatto con l'ambiente esterno si constatano lesioni, che attirano la nostra attenzione.

In generale è da premettere che i drenaggi ca-

pillari compressivi in ogni focolaio tubercolare complicato a sepsi è bene che restino il minor tempo possibile; poichè essi agendo da corpi estranei si comportano un po' diversamente di quando essi sono adattati su tessuti normali; in questi casi è la paraffina che dà il maggiore vantaggio, percolata su tutta la superficie di taglio ed insinuata in mezzo ai tessuti profondi, drenaggio questo in secondo tempo superiore al tubulare. (Vedere il 1° volume della mia opera « Il trattamento delle lesioni settiche » sul drenaggio. Licinio Cappelli, editore, Bologna, 1923; e la mia rivista sintetica « I moderni concetti nella cura delle lesioni settiche », *Policlinico*, 1925).

Domata la sepsi, ridotto il focolaio tubercolare alle sue naturali ed effettive condizioni (e ciò in genere accade dopo uno o due mesi) si procederà allora a sistemare in modo adeguato la lesione ossea e delle parti molli di natura bacillare, la quale tenderebbe all'installazione e formazione di un seno fistoloso.

Non è superfluo in questi casi raccomandare la più accurata e continua sorveglianza ed efficienza antisettica, che può ottenersi molto bene e senza alcun disturbo con gl'impacchi permanenti di soluzione alcoolica ipocloritica acidificata, per come ho ampiamente esposto nella mia citata opera ed in altro lavoro sull'argomento pubblicato su *Minerva Medica* del 1923.

In queste discrete condizioni di relativa asepsi si procederà alla sistemazione del focolaio osseo specifico e delle parti molli adiacenti in via conservativa, se la estensione e ubicazione regionale lo permettono, e così a mezzo della resezione a doccia più o meno estesa e dell'asportazione in massa dei tessuti finitimi si passerà con quella tecnica adatta a rimuovere nella sua totalità la porzione malata; facendo all'intervento seguire quel trattamento secondario, simile alle lesioni tendovaginitiche, muscolari, sottocutanee sopra cennate.

Il periodo necessario di cura in questi focolai ossei è spesso notevolmente molto lungo ed è qui indispensabile agire per mesi e mesi onde avviare verso la cicatrizzazione queste lesioni, in cui l'antisepsi e tutti i procedimenti che stimolano l'attività proliferativa ossea e delle parti molli e le cure più intense generali biochimiche e fisiche debbono essere messe a profitto, perchè possa a capo di molti, ma molti mesi ottenersi la guarigione alla quale la terapia specifica concorre con molto vantaggio e con grande importanza.

Non è raro però il caso che un focolaio di questo, già in preda a sepsi, e che, adeguatamente trattato, faceva sperare in un dominio della flogosi acuta, presenti in un dato momento fenomeni d'infiltrazione lenta, di suppurazione subacuta e cronica e che risvegli un rigoglio di alterazioni tubercolari da impensierire il curante più per la gravità delle condizioni generali, che per l'imponenza dei fatti locali e che viene a determinare successivamente una netta indicazione all'atto demolitivo, quando la lesione sia ubicata agli arti o in regioni in cui sia tecnicamente eseguibile. In questi casi non resta altra risorsa che il sacrificio della parte.

Questi per sommi capi le evenienze più importanti e più frequenti delle complicazioni settiche nelle osteomieliti ed osteoperiostiti tubercolari.

4) Le osteosinoviti tubercolari complicate a sepsi.

In genere nei soggetti giovani si ha contemporaneamente partecipazione al processo tubercolare tanto dell'osso justarticolare che della sinoviale; negli adulti è possibile anche una sinovite primitiva specifica, che tale decorre lenta per molto tempo. Abbiamo veduto sommariamente quali siano le alterazioni delle ossa nella tubercolosi; qui solo accennerò alle lesioni articolari per comprendere meglio il meccanismo della complicazione settica e per tratteggiare più adeguatamente i criteri della cura nelle eventualità flogistiche acute di questi focolai articolari.

Quando una membrana articolare sinoviale è attaccata dal bacillo di Koch, e questo arriva a moltiplicarsi ed a svilupparsi, accade di frequente una disseminazione su tutta la superficie, in modo che in diversi punti e talora su tutti compariscono dei tubercoli, che coll'andare del tempo aumentano di numero ed in ultimo si accumulano in gran quantità e tempestano tutta l'estensione della sinoviale al pari ed a similitudine della tubercolosi peritoneale, sotto forma di granuli miliari a varia grandezza. A mano a mano che il processo invecchia, aumenta da una parte la secrezione articolare (idrarto cronico) e dall'altra si va ispessendo il tessuto sottosinoviale e va infiltrandosi la capsula ed i legamenti interni e periarticolari. In queste alterazioni si presentano varie forme di processi specifici; e così quando la lesione è di media intensità e si limita alla sola sinoviale si produce quella essudativa sierosa o siero fibrinosa col tipico idrarto; quando predomina il molle tessuto di granulazione con proliferazione di fungosità e di tubercoli grigi o biancastri si viene a determinare la forma fungosa o granulomatosa. In genere come in ogni flogosi di qualunque natura, non manca mai in ogni tipo un versamento articolare più o meno accentuato. I depositi fibrinosi formano lacinie e membrane e ricoprono le granulazioni, e da esse hanno origine i corpi risiformi ed anche quelli mobili ar-

ticolari; di cui mi sono occupato in una mia pubblicazione sulla *Riforma Medica* del 1906.

Come ho già accennato, più frequenti sono i casi d'invasione articolare tubercolare secondaria; ed i casi che dalle adiacenti zone osteomielitiche ed osteoperiostitiche il processo migra verso l'articolazione. Tanto che esso sia primitivo che quando sia secondario, non tarda ad aversi l'interessamento delle cartilagini e la confluenza fra midollo osseo e cavità articolare. Il tessuto tubercolare granulomatoso può dai margini avanzarsi verso la cartilagine ed estendersi su di essa per una certa estensione, in modo che restando molto in contatto con essa la perfora e la distrugge passivamente ed è così che si ha comunicazione fra midollo e cavità articolare. Oltre alla formazione di granulo-fungosità tubercolari si suole stabilire anche una proliferazione non specifica della sinoviale e spesso anche del midollo osseo, la quale proliferazione è stimolata dal processo flogistico di reazione, che può dare luogo a vegetazioni papillari, però più di frequente si ha l'ispessimento di tutta la membrana sinoviale e la prominenza di questa dal margine verso le superfici articolari in forma di un tessuto più o meno vascolarizzato, molle, simile ad un tessuto connettivo mucoso od edematoso, mentre le cartilagini seguitano anch'esse ad essere invase e sostituite dal medesimo tessuto mucoso flaccido. In generale la necrosi da coagulazione tarda alquanto ad avverarsi e non è un fenomeno costante nelle artrosinoviti bacillari; le quali spesso si presentano all'osservazione del chirurgo sia sotto la forma di granulo-fungosità; sia sotto il tipo siero o siero-fungoso, mentre più rara è la caseificante; e quindi non frequente è la formazione dell'ascesso freddo intrarticolare. L'azione istintiva di difesa talora concorre ad evitare la percentuale di produzione della caseificazione; in quanto che spesso nel primo stadio, che è quello del dolore, il malato si affida celermente e quasi sempre al trattamento specifico generale ed all'immobilizzazione, che è il fattore principale dell'arresto dell'evoluzione della lesione verso l'ascesso freddo; lo stesso accade nel secondo stadio della tumefazione o del tumor bianco, in cui s'inizia e si prepara il terzo periodo dell'atteggiamento vizioso. Questi fatti nel loro complesso giovano a curare in tempo l'osteosinovite tubercolare ed a evitare spesso la fluidificazione necrotica caseificante delle artriti; e da ciò si viene ad ottenere il vantaggio, che in genere un'infezione acuta è molto rara ad installarsi tanto nella forma secca di artrite specifica, quanto in quella fungosa; mentre è più probabile nella siero fibrinosa ed in quella estesamente caseificante, che sono esiti ed esemplari più rari.

Da quanto ho sommariamente tratteggiato, si viene a desumere che un'infezione acuta rappresenta un'evenienza rara nelle osteosinoviti e nelle artrosinoviti tubercolari; specie nei tipi fungo-granulomatosi; mentre l'ascesso freddo da caseosi, che non è tanto frequente, è il pabulum più propizio per l'attecchimento di piogeni e per la esplosione di fenomeni infettivi acuti.

Considerata la gravità che assume l'inquinamento acuto da parte dei varii stipiti stafilococcici, streptococcici e diplococcici di un'articolazione spesso comunicante col midollo osseo a causa delle alterazioni tubercolari sopra citate, si viene a desumere l'importanza prognostica di una tale evenienza, molto nociva all'organismo sia nei riguardi dei fenomeni generali, sia anche per l'ulteriore andamento della sepsi e delle affezioni croniche locali.

Sappiamo già dalla patologia delle lesioni flogistiche come l'invasione purulenta di un'articolazione sia un'evenienza abbastanza grave; e come perciò essa rappresenta un episodio complicante alquanto nefasto e perciò molto temibile.

Nelle sinoviti primitive e localizzate bacillari con ispessimenti notevoli della capsula e dei tessuti sottostanti può aversi in verità una certa circoscrizione della sepsi ed una delimitazione, che può restare bloccata dentro la raccolta siero-fibrinosa, o siero caseosa. In questi casi in primo tempo tentare col solito sistema dell'aspirazione evacuativa e con l'iniezione modificatrice antisettica, seguita o no da drenaggio capillare, dopo di che venga applicata una fasciatura compressiva di una data pressione, può riuscire un trattamento benefico e di risultato soddisfacente; magari col bisogno di eseguire la stessa manovra dopo qualche giorno. Ma quando l'infezione è di una data virulenza, di natura intensiva, e come più spesso succede, la lesione tubercolare oltrechè la sinoviale ha anche invaso il periostio, le cartilagini ed il midollo, allora il problema terapeutico è dei più ardui e dei più complicati.

Certo un tentativo di evacuazione col trequarti e l'iniezione di miscela antisettica col rivanolo, magari in soluzione più concentrata di 1:1000 e talora anche di 1:500 è sempre consigliabile; almeno col proposito di svuotare la raccolta per meglio apprezzare le lesioni specifiche anatomiche, magari controllandola con la radiografia; ma nella maggioranza delle contingenze tale pratica sebbene possa produrre un momentaneo miglioramento non giunge allo scopo di dominare del tutto la sepsi. In questi esemplari di minaccia sempre più allarmante per la vita dei malati non resta altra via da seguire, che un'ampia artrotomia con incisione doppia interna ed esterna longitudinale, con la quale procedutosi alla toi-

lette del cavo e delle pareti malate in modo meno aggressibile possibile, si passa quindi a collocare i tubi di vetro per le irrigazioni a permanenza alla Carrel con un dispositivo più abbondante possibile.

È qui appunto che meglio di ogni altra manualità risponde con molto vantaggio questo metodo del chirurgo americano. Certamente sono questi i casi che bisognano della massima osservazione e di un controllo continuativo; poichè se le cose non procedono bene fin dal primo momento è urgente ed indispensabile stare pronti alla demolizione del segmento o dell'arto.

D'altra parte la decisione di un atto mutilante va ponderatamente valutata; poichè in qualche caso, in cui il chirurgo ha proposto un'amputazione e questa è stata rifiutata dal malato o dai parenti, si è potuto ottenere la guarigione della sepsi ed in seguito con cure adatte si è potuto rimediare alla meno peggio anche l'alterazione talora profonda tubercolare tanto che dopo qualche anno o anche parecchi, il malato ha potuto discretamente usufruire del suo arto, e questo è cosa più facile che accada in organismi giovani, dove la resistenza organica generale e talora le risorse locali possono, lottando tenacemente con tutti i mezzi a nostra disposizione, fare ottenere tale miracoloso risultato.

Quando un focolaio settico in queste forme specifiche venga ad essere debellato con l'artrotomia, ad esso spesso residuano sia seni fistolosi; sia alterazioni tubercolari sinoviali ed ossee, alle quali necessita riparare con una pazienza, anche superiore a quella richiesta dalle lesioni ossee, per la maggiore difficoltà e gli ostacoli che s'incontrano nella proliferazione granulo fungosa di tessuto lardaceo, che trova nella cavità articolare le condizioni più facili di suo sviluppo e progressione. Il potere migliorare le condizioni locali di asepsi, il modificare lentamente con sostanze chimiche diverse e variabili e con topici locali queste alterazioni specifiche; agguerrire più intensamente l'organismo con cure generali molteplici e con ottima alimentazione, e perfetta e prolungata immobilizzazione assoluta mercè adatta posizione dell'arto sono le quistioni più delicate e più pazienti, che la moderna chirurgia, poggiata su nozioni di patologia clinica e sperimentale e di biologia ci addita e ci insegna; come vedremo più sotto.

Non stanchiamoci quindi mai di perseguire queste prolungate ed eterne cure che in capo a degli anni ci possono assicurare la guarigione di una articolazione in buone o discrete condizioni funzionali; e che ci possono dare dopo tanto lasso di sacrifici e di lavoro la soddisfazione di avere risparmiato un'amputazione; merito questo difficilmente riconosciutoci dagli stessi medici poco pratici e dal pubblico incosciente delle difficoltà e degli stenti, a cui spesso andiamo incontro.

Sono questi i veri problemi di pazienza e di abnegazione pel curante e pel malato; a cui noi abbiamo il dovere d'infondere i principii di fiducia e di rassegnazione.

5) LE PLEURITI E LE PERITONITI TUBERCOLARI CON COMPLICAZIONI SETTICHE.

Abbiamo veduto come sulle sierose in genere la tubercolosi determina oltrechè lo sviluppo di noduli miliari, arenulari, anche una essudazione che dal tipo nettamente sieroso va a quello sierofibrinoso, al fibrinoso, al siero caseificante con fibrina a carattere puruloide. È a carico delle forme sierose, siero fibrinose, e siero caseificanti che può avvenire l'inquinamento secondario da stafilococci, da diplococci, da streptococci, da bacterium coli, ecc., e tale evenienza è più frequente nella cavità pleurica, anzichè in quella peritoneale. Si comprende facilmente la gravità di questa associazione infettiva acuta in queste due sierose ed i pericoli più gravi per quella addominale. Anche nei riguardi della terapia ci troviamo di fronte a talune necessità che ci obbligano in queste due forme ad un trattamento alquanto diverso l'uno dall'altro nelle sue linee generali e che solo in rari casi può coincidere sulle medesime norme tecniche.

A) PLEURITI.

L'importanza di questo argomento sta massimamente nel fatto dall'essere la lesione pleurica primitiva o secondaria; ed a questa speciale condizione anatomo-patologica è legata la peculiarità e valore della complicanza settica, il suo trattamento, il suo prognostico.

Due tipi predominano nella tubercolosi pleurica primitiva, a preferenza quello sierofibrinoso, in minoranza quello fibrinoso, secco, più o meno circoscritto ed adesivo; e fra queste due varietà esistono tipi misti molteplici intermedi.

L'infezione acuta, o l'empiema, viene a verificarsi di preferenza nelle forme ad essudazione liquida ed in quelle a caseificazione avanzata; in genere il diplococco e lo stafilococco sono i germi, che più di frequente inquinano una pleurite tubercolare essudativa, può anche intervenire lo streptococco ed il colibacillo. Si ha la sindrome totale della pleurite purulenta quando mancano aderenze e demarcazioni pleuriche, esiste invece una fenomenologia più indeterminata ed indecisa quando la lesione primitiva bacillare è saccata; e specie se ubicata verso la base.

Nelle forme secondarie per propagazione di processo tubercolare da un focolaio polmonare

la sintomatologia locale e generale e le stesse complicazioni settiche assumono una forma e fisionomia molto più grave fin dall'inizio. E' qui che spesso si associa il pneumo al piotorace e talora con sintomatologia iperacuta ed allarmante per perforazione di una caverna polmonare nella pleura, che richiama l'urgenza immediata del chirurgo.

Il trattamento della pleurite sierosa e sierofibrinosa tubercolare con la toracentesi è oramai un assioma terapeutico accertato dalla lunga esperienza clinica ed il valore di essa nella cura delle pleuriti non ha bisogno più di essere discussa ed illustrata. Veniamo ora invece a tratteggiare la cura più appropriata degli empiemi nelle pleuriti tubercolari primitive e poscia parleremo della sepsi nelle forme secondarie di propagazione da focolaio tubercolare bronco-alveolitico.

A seconda delle condizioni locali e generali ed in considerazione del disagio circolatorio cardio-polmonare, si può in primo tempo tentare lo svutamento della pleura mercè l'aspirazione col Potain o ancora meglio con l'apparecchio del Morelli; èd attendere il risultato locale e sui fenomeni del circolo alcuni giorni, fino a qualche settimana, ma se gli esiti non saranno molto incoraggianti allora è necessario e consigliabile procedere alla pleurotomia con resezione costale con quella medesima tecnica che ho riferito nel mio lavoro sulle pleuriti purulente acute del 1922 pubblicato sull'*Archivio italiano di chirurgia.*

In genere i risultati immediati ed a distanza della toracotomia in questi malati sono in generale molto incoraggianti; e quando non esiste altro focolaio in evoluzione polmonare la guarigione si effettua dentro i 2 o 3 mesi, come quasi negli altri empiemi acuti primitivi.

Questo decorso benigno e favorevole nel trattamento operatorio della pleurite tubercolare complicata a sepsi dipende da alcuni fattori essenziali: in primo luogo la lesione bacillare della sierosa pleurica è una fra quelle delle più blande infezioni specifiche da bacillo di Koch; che dà spesso guarigioni spontanee ed abbastanza celeri delle alterazioni tubercolari; in secondo luogo dal fatto che tali lesioni non tanto gravi, nè molto estese in profondità, e quindi alquanto blande si lasciano beneficamente influenzare sia dalla simbiosi coi germi acuti della suppurazione sia dal decorso del trattamento secondario post-operatorio; in quanto che l'immobilizzazione, che segue al pneumotorace dopo l'apertura della pleura per la toracotomia è sommamente favorevole alla modificazione sclero cirrotica delle alterazioni specifiche ed anche quindi alla celere guarigione dell'empiema e della lesione tubercolare delle pagine sierose.

È superfluo raccomandare in questi soggetti un'attiva cura generale antitubercolare.

Il quadro clinico invece si presenta molto complicato e grave già fin dall'inizio quando la lesione acuta pleurica dipenda da una perforazione della pagina viscerale per ulcerazione e svuotamento nel cavo di una caverna.

In questi esemplari già le deteriorate condizioni generali per il processo tubercolare polmonare, il grave squilibrio ed il disagio circolatorio del malato prodotto dal pneumo istantaneo, a cui si aggiunga l'infezione acuta secondaria della pleura, data dal vegetare di una flora batterica la più numerosa ed agguerrita ci pone dinanzi a contingenze di un prognostico dei più infausti ed allarmanti.

In queste condizioni l'indicazione d'urgenza e di necessità esiste solo a favore di una toracotomia con resezione costale; quale espressione di tentativo di alleviare la posizione disagiata e pericolosa del paziente; e di potere con celere intervento migliorare le alterazioni pleuriche, che si possono fare sempre più intense per la sepsi. Secondariamente poi, se il malato è in grado di sopravivere a queste complicazioni, si può anche sperare in un benefico effetto anche sulla lesione bronco alveolitica, in quanto che il pneumotorace operatorio per la toracotomia può agire alla stessa stregua di quello terapeutico. Allorchè il paziente possa da queste complicanze pleuriche ed operative ricavare un notevole vantaggio locale e generale, si procederà alla cura secondaria della ferita toracica secondo quelle norme che ho illustrato nel mio citato scritto sulle pleuriti purulente; aiutato e soccorso da un'intensa terapia generale specifica.

B) PERITONITI.

Il trattamento delle peritoniti tubercolari va diviso in diversi tipi a seconda della lesione anatomica che affetta la sierosa e a seconda se la lesione sia primitiva e localizzata a quella peritoneale solamente.

La forma ascitica; quella sierofibrinosa; e quella fibrinosa caratterizzano i 3 tipi principali di peritonite tubercolare.

L'ascitica o sierosa primitiva senza altre localizzazioni sierose è quella che meglio si presta al trattamento operatorio laparotomico; seguìto da inondazione dopo la toletta del cavo di olio canforato: è questa che dà i migliori risultati con l'intervento; mentre più labili sono gli esiti quando alla laparotomia terapeutica si sostituisce la puntura evacuativa con la paracentesi. Qui proprio abbiamo un fatto completamente

inverso con l'omologa forma toracica: poichè la laparotomia riesce più efficace dello svuotamento col trequarti.

È necessario però che gli operati restino immobilizzati a letto fino a 60 e più giorni: siano sottoposti ad adeguata dieta; e vengano sorretti da una cura generale specifica intensa.

Le forme sierofibrinose dànno una percentuale più bassa di esiti buoni con la laparotomia: mentre con la paracentesi spesso non si arriva ad ottenere lo scopo dello svuotamento del liquido essendo spesso esso saccato.

Ancora più deficiente è il risultato operatorio laparotomico nelle forme fibrocaseose.

In queste varie contingenze il chirurgo dovrà pure intervenendo chirurgicamente col taglio laparotomico, tenere presente la diversità di risultati immediati ed a distanza di questi tre tipi di peritonite tubercolare.

Molto più rara è la complicazione settica di una peritonite tubercolare in confronto alle pleuriti.

In generale la lesione specifica della sierosa addominale predilige la forma sierosa ascitica e raramente è primitiva; ma spesso legata a tubercolosi degli annessi, dell'appendice, del ceco, del tenue, ecc. Al pari delle alterazioni pleuriche anche pel peritoneo sono pel bisogno della clinica da tenere presente due tipi fondamentali anatomo-patologici con cui si presenta la peritonite bacillare, con la massima frequenza la lesione si inizia col tipo ascitico o versamento puramente sieroso; molto rara è la forma fibrosa adesiva, o secca, o atrofica, a piastrone; ed in genere però quella ascitica può in secondo tempo d'invasione dare luogo ad aderenze fibrinose secondarie; mentre in quella fibrinosa poi può avvenire un versamento più o meno saccato siero fibrinoso; ed ecco come si forma il terzo tipo siero fibrinoso.

La pratica operativa delle laparotomie curative nella tubercolosi peritoneale ci mette sotto gli occhi le varie e molteplici contingenze morbose, che possono accadere e verificarsi, quali lesioni primitive specifiche, a carico della sierosa e dei varii organi contenuti nel cavo. E da esse ci si potrà fare un criterio esatto dell'importanza e della estensione del processo; quando in uno di questi rari esemplari si venga ad installare una infezione acuta, più frequentemente determinata dal bacterium coli o dal diplococco, più eccezionalmente dallo stafilo e dallo streptococco.

Come per la pleura anche pel peritoneo, ma in proporzioni minori, la flogosi tubercolare può evolvere in modo attenuato tanto da aversi una guarigione spontanea; e questi dati clinici ci corroborano nel concetto che anche il peritoneo ha poteri di difesa contro il bacillo di Koch e contro il tubercolo. La sepsi che sopravviene in una peritonite tubercolare a forma ascitica può dare conseguenze un po' diverse di quando l'infezione acuta inquina un focolaio peritonitico saccato siero-fibrinoso, o puramente fibrinoso; e qui perciò sarà bene tratteggiare quale dovrà essere il comportamento del chirurgo in queste non frequenti complicazioni.

La gravità maggiore di una suppurazione acuta in una tubercolosi peritoneale a forma ascitica dipende dal fatto della maggiore generalizzazione dell'infezione microbica piogenetica a tutta la sierosa; mentre nei tipi circoscritti il processo settico secondario resta molto bene delimitato nella massima parte dei casi per le fitte produzioni fibrose inestensibili, che formano salda barriera alla ulteriore propagazione.

Mentre da una parte le alterazioni anatomopatologiche nella peritonite tubercolare, a varia forma, determinano delle barriere di difesa alla infiltrazione e progressione più invadente della sepsi e ne limitano i fenomeni generali d'assorbimento dei prodotti tossici a causa della sclerosi lardacea e fungo-granulare delle pagine peritoneali; dall'altra viene a mancare uno dei fattori, oggi messo molto in evidenza dai più recenti studi, di risoluzione delle essudazioni e raccolte flogistiche acute; cioè di quei fenomeni di fagocitosi, di riassorbimento, di drenaggio fisiologico e di autodigestione, che si compiono efficacemente dentro la cavità addominale per opera degli stomati sierosi dell'eiploon, mesentere, ecc., come ho dimostrato in alcuni miei lavori sull'argomento pubblicati sull'« Archivio chirurgico » del *Policlinico*.

La base anatomo-patologica capitale dei risultati odierni della terapia incruenta, che in taluni casi di peritonite settica generalizzata o circoscritta, sono stati registrati mercè l'aspirazione del liquido purulento ed iniezione di etere; è appunto questa del potere massimo di assorbimento e di reazione modificante di un peritoneo non alterato molto antecedentemente da processi fibrosclerotici ed ipertrofizzanti, come succede sempre per la tubercolosi peritoneale.

Così in questi esemplari di fronte ad una invasione purulenta si ha il vantaggio di una maggiore delimitazione e di minori fenomeni tossici acuti, mentre d'altra parte più problematica sarà la sua risoluzione mercè manualità incruente di aspirazione e di iniezione di liquidi modificanti le condizioni della sepsi.

D'altra parte l'estensione del processo tubercolare in questa cavità che interessa e coinvolge in modo generalizzato il rivestimento parietale e viscerale; si comprenderà quale pericolo e compli-

cazione rappresenta un intervento cruento aperto della suppurazione, come associazione secondaria ad una peritonite specifica; in quanto che fistole parieto-cavitarie e più ancora innesti della tubercolosi sui tessuti della parete incisa e drenata rappresentano l'inizio e le noie di una maggiore riacutizzazione, propagazione e peggioramento della lesione bacillare, che diventa incurabile anche coi mezzi più intensi di terapia locale e generale.

Queste le ragioni principali che ci debbono fare preferire e persuaderci a seguire nella cura della sepsi peritoneale nelle tubercolosi della sierosa le manualità di trattamento incruento; da qui la preferenza da darsi allo svuotamento con grosso trequarti, al lavaggio abbondante intraperitoneale prima con etere e poscia con olio canforato; magari da ripetersi a distanza di giorni anche due a tre volte fino a tanto, che non si è dominata la complicanza settica. In un caso di tal genere ho ottenuto un ottimo risultato dopo 3 ripetute manovre di tal genere.

In alcuni esemplari quando non si riesca a questo scopo possono tentarsi i drenaggi transcorrenti con cannule lasciate a permanenza sui due quadranti inferiori attraverso alle quali a talune ore di distanza si procede al lavaggio con soluzioni d'etere, d'olio canforato ed anche di rivanolo all'1:20.000 e 1:30.000; in modo da associare un'azione drenante ed una modificatrice.

Nei casi refrattari a questi trattamenti economici ed in cui la sepsi minacci la vita del paziente si ricorrerà senz'altro alla laparotomia curativa, seguita da trattamento semiaperto con drenaggio di vetro ad U; attraverso al quale nei primi giorni si farà passare olio canforato o etere; da restare in sito non oltre 5 giorni: e magari potrà essere sostituito per altra settimana da un drenaggio a bastoncino di paraffina.

6) Le tubercolosi renali e le complicanze settiche.

La tubercolosi dei reni si genera per lo più in via ematogena al pari dell'infezione acuta complicativa in essa; ma può anche avvenire in via ascendente per lesione vescicale o epididimaria.

La tubercolosi cronica del rene s'inizia con noduli specifici nel suo interno quanto sulla mucosa dei calici che del bacinetto: e spesso essi si localizzano ad un dato e ristretto territorio vascolare.

Da prima si generano tubercoli grigi, che più tardi si caseificano crescendo e moltiplicandosi lentamente, progredendo in modo raggiato fino alla formazione di noduli più grossi, mentre che altri ne sorgono per infezione locale. Nella mucosa del bacinetto il processo si diffonde in parte sotto forma di un infiltramento diffuso; in parte per produzione di noduletti, che cadono presto in necrosi e si disfanno. In tal modo succede che il tessuto renale trovasi disseminato da un maggiore o minore numero di noduli grigi o biancogiallastri, di cui specialmente i più grossi contengono cavità di rammollimento.

Parecchi cavi midollari sono interamente o in parte caseificati o distrutti ed è così che il bacinetto renale si mette in comunicazione con molte cavità di rammollimento che si aprono in esso; mentre la mucosa del bacino renale infiltrata, ispessita, ha superficie in parte trasformata in un'ulcera necrotica giallo-lardacea. Spesso quest'alterazione si propaga pure all'uretere, che si converte in tubo rigido, simile alla gomma indurita.

In qualche caso è la capsula adiposa anche invasa dal processo e così rotta la tunica fibrosa la raccolta intrarenale va ad emigrare verso il paranefrio ed allora si hanno quegli ascessi freddi, che possono simulare i congestizi o ossifluenti delle vertebre e delle coste: e che presentano i dati clinici delle raccolte lombari di origine peri- e pararenale.

In queste alterazioni anatomo-patologiche è cosa molto facile un inquinamento di queste masse di necrosi e di ritenzione urinaria da parte dei piogeni che per la via ematica giungono in questi focolai altamente distruttivi, e dove può accadere una intensa sepsi ed una flogosi tumultuaria con una fenomenologia, che molto si avvicina a quella delle infiammazioni settiche primitive.

A seconda delle condizioni anatomiche si può avere una raccolta intrarenale ed una paranefritica: e queste due differenti condizioni indicano diverse manovre terapeutiche.

Non v'ha dubbo che in primo tempo la nefrotomia è l'intervento più indicato in ambedue queste evenienze, con il quale atto operatorio conservativo si viene anche a saggiare la potenzialità e la resistenza dell'altro organo opposto; in quanto che sappiamo non essere cosa rara nella tubercolosi la localizzazione bilaterale del processo specifico. Così con la nefrotomia oltrechè liberare l'organo da una raccolta purulenta pericolosa; si può eseguire un'indagine sulla funzione dell'altro rene, per essere più preparati per una nefrectomia secondaria, ove ne sorga l'indicazione.

Il potere conservare in sito un rene, e magari con una funzione ridotta, è sempre cosa molto utile. Il medesimo sistema di medicatura secondaria come per le altre lesioni di tessuti tubercolari viene ad essere consigliato anche qui; tenendo d'occhio le lesioni specifiche, che se progredienti indicano allora la nefrectomia.

Più gravi sono le condizioni quando la lesione tubercolare ha invaso anche il paranefrio e l'ascesso si presenta diffuso alla regione lombare tanto che occorre una vasta incisione di dominio.

7) LE TUBERCOLOSI DELL'EPIDIDIMO *e* DEL TESTICOLO E LE LORO COMPLICAZIONI SETTICHE.

La bacillosi del testicolo e dell'epidimo viene a riscontrarsi con una certa frequenza; mentre rara è la complicazione suppurativa acuta di queste lesioni. La localizzazione più frequente è l'epididimo; in cui questa porzione d'organo più o meno trasformata in massa bernoccoluta e ricca di noduli specifici a varia evoluzione, cioè dal tubercolo grigio al caseoso, e questa produzione specifica è saldamente ed in modo compatto contornata da abbondante tessuto connettivo fibrosclerotico che gli dà i caratteri di una durezza accentuata quasi lapidea, che circonscrive e seppellisce e spesso calcifica la produzione tubercolare, rendendola così più limitata e più difficile alla diffusione ed alla complicanza purulenta acuta; da queste condizioni anatomiche deriva la rarità della sepsi ed anche della formazione dell'ascesso freddo.

Dopo l'epididimo è il corpo d'Highmoro quello che trovasi maggiormente affetto, disseminato di noduli caseosi o interamente caseificato; mentre il parenchima del testicolo contiene solo tubercoli grigi o bianco giallastri. Anche quest'ultimo può contenere noduli caseosi più grossi, con una sostanza grigia trasparente all'intorno, o con tessuto fibroso indurito. In alcuni esemplari la massima parte del testicolo è distrutta e disseminata da noduli caseosi, o quasi interamente trasformata in una massa caseosa rammollita al centro.

Accanto ai noduli caseosi esistenti nel tessuto connettivo, si trovano anche masse molli, poltacee, caseose, che giacciono nei canali ghiandolari dilatati, specie nell'epididimo. Quando in quest'ultimo o nel testicolo esiste un focolaio tubercolare, i bacilli di Koch possono propagarsi tanto per le vie linfatiche, quanto pei canalicoli comunicanti col focolaio. Per il primo modo di propagazione si generano focolai proliferativi ed infiammatori nel tessuto connettivo interlobulare, i quali secondariamente invadono i canalicoli, e così propagandosi i bacilli nel lume di questi, essi s'infiammano e proliferano da prima nella parete e dopo verso il tessuto circostante e spesso tale processo è accompagnato da un catarro diffuso dei canalicoli del testicolo e dell'epididimo.

In molti casi la tubercolosi si limita al testicolo ed all'epididimo, ma in alcune circostanze avviene anche una perforazione verso la cavità sierosa. Donde il processo può diffondersi anche alla tunica vaginale propria: e dipoi alla tunica vaginale comune ed in ultimo alla cute; e sembra che la perforazione accade più facilmente da parte del corpo d'Highmoro e dell'epididimo. La via che segue l'affezione è segnata dalla formazione di noduli, di gruppi di noduli, focolai caseosi e di rammollimento. Quando nella tunica vaginale si sviluppano tubercoli possono avvenire essudazioni sierose e siero fibrinose nella cavità vaginale (idrocele sintomatico). Più o meno tardi i focolai sottocutanei si aprono attraverso alla cute e si generano così dei tragitti fistolosi, ricoperti da granulazioni fungose tubercolari e da ulcerazioni torpide. Se poi per un processo di più estesa ulcera si mette allo scoperto la sostanza del testicolo, vengono a crescere su di essa delle granulazioni mixofungose, in modo che la parte procidente forma una massa della grandezza di una noce fino a quella di un uovo di pollo, ricoperta da granulazioni, che è stata chiamata grossolanamente fungo tubercolare del testicolo. A di sotto delle granulazioni sta il tessuto del didimo e dell'epididimo, infiltrato di cellule e disseminato di tubercoli. L'albuginea talvolta si vede ancora resistente; in altri casi è distrutta o perforata; in modo che le granulazioni fungose nascono direttamente dal parenchima del testicolo o dell'epididimo.

Gli ascessi acuti del testicolo si possono osservare come una delle complicanze settiche della tubercolosi di quest'organo; mentre una raccolta purulenta dell'epididimo è molto più rara a causa della disposizione sclerofibrosa delle alterazioni specifiche epididimarie.

In genere un trauma diretto allo scroto o anche un processo blenorragico può essere la causa efficiente della sepsi didimaria. Può anche aversi un'infezione acuta secondaria attraverso ad un seno fistoloso antico o anche attraverso al fungo testicolare per una propagazione di germi pervenuti dentro la sostanza del testicolo.

Il compito del chirurgo in questi casi è di debellare la flogosi acuta e di rimediare con pazienza ai seni fistolosi che residuano al trattamento dell'ascesso caldo testicolare.

Talora la semplice aspirazione con svuotamento della raccolta purulenta, seguita da iniezione modificatrice, magari ripetuta due o tre volte ad alcuni giorni di distanza può riuscire allo scopo di debellare la sepsi; mentre l'impacco a permanenza per delle settimane con soluzione alcoolica ipocloritica acida può dare risultati ottimi antisettici; pratica questa poi raccomandabile quando siamo in presenza di seni fistolosi e funghi testicolari complicati a suppurazione. Quando però non si riesca con l'aspirazione a debellare la flogosi e si abbia minaccia di ulcerazione della cute allora è da preferirsi senz'altro l'incisione della

raccolta a piccola estensione, che serve a svuotare il pus ed a detergere la cavità con un raschiamento col cucchiaio o con la causticazione con la tintura di jodio o alcool acido puro, o altro liquido caustico antisettico, che non provochi però grande reazione e necrosi sui tessuti; mentre il successivo impacco all'alcool ipoclorítico agirà lentamente e beneficamente a disinfettare il focolaio ed agire vantaggiosamente anche sulla lesione tubercolare.

Quando i tessuti didimari ed epididimari sono già ritornati in uno stato di stabile condizione ed essi si mostrano stazionari in quel tessuto semifungoso e di sclerosi fibro connettivale, che non accenna a cicatrizzazione, allora sarà il caso di porre il dilemma se convenga demolire un focolaio infettivo bacillare pericoloso per l'organismo ed un parenchima, che ormai è ridotto alla sua minima espressione, con minaccia di ulteriore strozzamento connettivale; oppure agire su di esso per aumentare la cirrosi ed avere una guarigione per installazione su tutto il residuo dei tessuti di un connettivo sclerotico cicatrizzante, che si sostituisca a tutti gli elementi del didimo e dell'epididimo.

Questi sono i concetti della cura ulteriore dei postumi delle complicanze settiche delle orchiepididimiti tubercolari; ma in questi casi noi dobbiamo ancora valutare se la pratica clinica ed operativa ci autorizza ad affermare essere nei suoi risultati lontani superiore l'asportazione chirurgica del testicolo, oppure invece la sclerosi modificatrice dell'organo malato residuante, sebbene in ambedue i casi la funzione venga ugualmente soppressa.

Il problema che prospetto non è di sicuro dei più facili a risolversi; essendo qui in campo due tendenze, l'una favorevole all'orchiectomia; e l'altra per la cura locale conservativa.

La quistione che discuto deve essere ponderata sotto tre punti di vista; e cioè quello anatomopatologico, quella funzionale e quello psico morale.

Oggi il chirurgo deve indagare se dal punto di vista anatomo clinico sia da preferirsi l'orchiectomia alla fibrosclerotizzazione dei tessuti residuali del testicolo.

Un criterio generale di patologia dovrebbe farci accogliere la tesi, che quando un organo è stato messo fuori funzione e contiene germi infettivi di una data gravità e di pericolo sempre reale, esso deve venire estirpato dall'organismo. In certi esemplari appunto di tubercolosi del testicolo tale regola può essere applicata con sicura coscienza; infatti di fronte ad un soggetto robusto, giovane, con integrità dell'altro, a forma attenuata, con assenza di lesioni vescicali e vescicolari e senza altra apparente manifestazione di localizzazione specifica, in cui gli esiti di una sepsi sull'orchiepididimite abbiano fatto residuare seni fistolosi e fungosità che male cedono alle cure locali modificatrici e sclerotizzanti, una orchiectomia nel liberare il paziente da una minaccia d'invasione tubercolare, ridà nei tipi calmi e niente affatto neurastenici la pace e tranquillità dell'animo e del corpo: e tanto più indicata sarà l'operazione demolitiva quando il malato è padre di prole ed esso stesso vi sollecita la rimozione di un focolaio bacillare.

In altre contingenze quando i soggetti sono deperiti, in cui non vi è sicurezza o almeno la probabilità dell'integrità dell'altro testicolo e che si sospettano altre localizzazioni, specie broncopolmonari, in tipi depressi moralmente, nevrastenici, e renitenti ad un trattamento demolitivo; allora sarà migliore consiglio attenersi alla cura locale e generale, badando di vincere le alterazioni orchiepididimarie residuali ed il deperimento organico con una terapia antitubercolare delle più intense.

I concetti del Biondi, cioè di agire in queste forme a mezzo di iniezioni modificatrici ed antisettiche attraverso al deferente in via retrograda; cioè scoprendo gli elementi del funiculo; isolando il dotto, inciderlo ed immergere nel suo lume la siringa per iniettare le varie soluzioni consigliate (alcooliche di sublimato) può in taluni casi rendere qualche servizio, ma nella maggioranza, come abbiamo veduto dai cenni di anatomia patologica, la sclero fibrosi dell'epididimo strozza e si sostituisce ai tessuti ed impedisce la penetrazione del liquido modificatore dal deferente fino al didimo: per cui è preferibile la sclerosi farla nella sostanza del didimo ed anche dell'epididimo.

L'alcool e l'jodio sono gli elementi che meglio rispondono allo scopo di dare un processo sclero cirrogeno e quindi l'iniezione nel parenchima del didimo, sulla parte più centrale, della tintura di jodio è il migliore sistema di sclerotizzare un focolaio testicolare specifico.

In media si possono praticare ogni 4 a 6 giorni, a seconda della reazione precedente le iniezioni di questa soluzione jodioalcoolica in piccola quantità di 1/2 a 1 cmc. Certo non è da nascondere che spesso 10-20 gocce di questo liquido possono determinare un'intensa reazione orchitica associata a vivo dolore, che solo gli stupefacenti possono mitigare, assieme alla vescica di ghiaccio locale ed all'immobilizzazione del malato. Talora questa reazione male serve di barriera alle successive, che vengono meglio tollerate. In genere bastano da 4 a 5 di queste punture per determinare una riduzione fibrosclerotica della

massa orchiepididimaria d'invasione tubercolare. In alcuni casi di processi bilaterali ho ottenuto dei brillanti risultati con questo metodo.

Veniamo ora a valutare l'orchiectomia dal punto di vista degli esiti lontani. Non è da mettere in dubbio che molti soggetti robusti operati con questo atto demolitivo possono ottenere delle guarigioni stabili, che si mantengono da molti anni; ed in cui le condizioni generali sono andate sempre più migliorando; io conto casi che datano da 15 anni; in cui nessuno potrebbe sospettare che essi siano stati portatori in focolai specifici gravi, mentre la stessa intensa proliferazione familiare attesta del resultato ottimo dell'orchiectomia. Ma d'altra parte ogni chirurgo ha avuto campo di osservare come soggetti nelle medesime condizioni si presentino a noi dopo qualche anno dalla subita operazione con altri focolai simili sul residuale epididimo dell'altro lato; in cui ripugna alla mente dell'operatore un secondo intervento mutilante; e nei quali, costretti dalle pietose condizioni a mantenersi sulla terapia conservativa sclerosante si vengono ad ottenere dei buoni risultati che contentano l'animo e la quiete del malato.

Questi casi c'inducono alla retrospettiva considerazione se forse non sarebbe stato meglio in primo tempo avere eseguita la medesima linea di condotta.

Questi esiti a distanza c'impongono ad essere guardinghi in tema di orchiectomia.

È superfluo che mi soffermi sul terzo punto delle considerazioni fisico-morali, per le quali può in alcuni soggetti una demolizione anatomica agire in senso riflesso e suggestivo tali da condurli alla melanconia, alle idee fisse, alla pazzia che in qualche caso è costata la vita allo stesso operatore: per cui nei neuropatici è controindicato un atto demolitore del testicolo.

B) TRATTAMENTO DEMOLITIVO.

Da quanto ho sopra illustrato nei riguardi delle complicazioni settiche dei varii processi tubercolari che affettino le diverse specie dei tessuti ed organi, si constata che in generale la terapia conservativa è quella che oggi prevale nella massima parte di queste complicanze flogistiche acute e nei postumi sui processi tubercolari primitivi; però esistono casi in cui è necessario e veramente indicato un atto demolitivo.

Come concetto generale ogni specie di questi interventi mutilanti deve seguire quelle medesime norme che ho tracciate nella mia opera sul trattamento delle lesioni settiche (Editore Licinio Cappelli, Bologna, 1923). Qui tratterò in modo sommario le indicazioni, i postumi e le modificazioni all'abituale tecnica delle operazioni mutilanti.

1) *Ghiandole linfatiche.*

Solamente i postumi che residuano alle flogosi acute delle linfoadeniti tubercolari sono in genere ed in casi speciali indicazioni di un intervento che estirpi le ghiandole ed anche estesi pacchi di linfomi. I seni fistolosi al collo, cicatrici deformanti nelle ragazze, sclerosi comprimenti i vasi (ascella, inguine) specie venosi e disturbi dolorosi e di movimento possono indurre il chirurgo alla rimozione in via eccezionale di questi prodotti iperplastici linfatici; allorchè le cure locali e generali conservative non sono riuscite allo scopo. L'unicità di una ghiandola o di un pacchetto primitivo, senza altre localizzazioni lontane può fare preferire la cura cruenta demolitiva a quella conservativa e sclerosante, col concetto di asportare un focolaio unico. Ottimi risultati dà questa pratica all'inguine. È anche conveniente di fare osservare che ugualmente possono aversi recidive dopo estirpazioni di linfomi unici, specie al collo; fatto spesso osservato e che è quello che ha indotto i chirurgi a preferire quasi sempre la cura locale cirrogena e quella generale antitubercolare.

In tal modo i seni fistolosi, le cicatrici deturpanti, le compressioni sui vasi indicano quasi esclusivamente l'estirpazione ghiandolare con resezione cutanea; seguita da sutura con drenaggio filiforme alla paraffina.

2) *Guaine tendinee e muscolari.*

L'atto demolitore viene dato dalle infiltrazioni settiche e dall'invasione tubercolare delle guaine e delle vie superiori d'infezione.

Nelle infiltrazioni settiche l'amputazione sarà seguita da un trattamento quasi aperto per garantire i tessuti sani dai trapianti batterici; nelle forme di processo tubercolare si può eseguire quello semichiuso con drenaggio, allontanandoci sempre più che sia possibile dai limiti del focolaio.

Il taglio circolare è sempre da consigliarsi in questi casi.

3) *Osteoperiostiti ed osteomieliti specifiche.*

Qui la radiografia può ben delimitare la lesione ossea e l'amputazione o la disarticolazione cadrà sull'osso sano. Gli stessi concetti di tecnica di demolizione e di sintesi valgono anche qui come per le lesioni precedenti tendovaginitiche.

4) *Le osteosinoviti tubercolari e gli esiti della flogosi acuta complicativa e della cronica.*

Il quadro fenomenologico di un'infezione acuta settica di un'articolazione già enficiata e compromessa più o meno profondamente da precedenti alterazioni fungo granulomatose e caseose

tubercolari, ed in cui sia indicata una mutilazione d'urgenza, determina nella pratica tecnica la scelta di quelle manualità e norme già accennate; cioè ubicazione del sito d'amputazione più distante possibile dalla lesione infettiva, la preferenza da darsi al metodo circolare ed il trattamento secondario più aperto e proporzionato all'entità della sepsi: mentre nelle demolizioni per suppurazione cronica e più per fenomeni generali di marasma misto, piogenetico e tubercolare si potrà essere più generosi nella conservazione dei lembi e dei monconi ossei, e si potrà eseguire un trattamento semichiuso.

Quando sono gli esiti infausti locali di un processo tubercolare, aggravato dalla precedente sepsi, quelli che distruggono buona parte di segmenti di arto e che indicano una terapia che si discosti molto da quella conservativa, in quanto che richiede l'allontanamento e l'ablazione di tutto il focolaio tubercolare sinoviale e buona parte delle epifisi articolari allora entra in discussione se si debba preferire una resezione ad una amputazione.

Se oggi le resezioni e le amputazioni degli arti per lesioni tubercolari sono ridotte al minimo; ciò dipende dal perfezionamento della tecnica della terapia specifica, come vedremo: che restringe molto anche le indicazioni delle resezioni.

La tecnica della resezione può essere varia; anzi in molte articolazioni essa è atipica; solo è rimasta classica quella del ginocchio per opera di Francesco Durante. I concetti generali di una resezione articolare si basano sull'asportazione di tutta la capsula e nel resecare legamenti ed epifisi articolari cartilaginee ed ossee fino alla parte sana e poscia in una sintesi delle porzioni scheletriche, eseguita in adatta posizione ed atteggiamento per cui l'arto possa essere maggiormente utile al malato.

5) *I postumi addominali della tubercolosi endoperitoneale.*

Essi sono dati in genere da processi di stenosi per fenomeni cicatriziali, determinati a molta distanza da una lesione tubercolare guarita spontaneamente od in seguito ad interventi laparotomici, che si possono compendiare nelle stenosi cicatriziali del tenue e specie dell'ileo.

In altri esemplari gli esiti di aderenze e di pseudo membrane possono determinare stenosi ed occlusioni per inginocchiamento, per membrane ed altre produzioni che sequestrino od attorciglino un qualunque tratto intestinale; da qui il doppio tipo di stenosi; la intrinseca e la estrinseca.

La scelta della più appropriata terapia sarà fatta solo dopo la laparotomia.

Nelle stenosi intrinseche se uniche si procederà alla loro resezione, seguìta da un'entero anastomosi termino-terminale.

Quando le stenosi sono multiple, distanziate si può procedere ad un'enterostomia latero-laterale, che lasci in esclusione il tratto o i tratti malati e quindi l'atto operativo si propone il fine di canalizzare nel miglior modo il circolo fecale.

Nei riguardi delle aderenze, delle briglie, delle membrane, che coinvolgono tratti più o meno estesi d'intestino la condotta del chirurgo sarà differente. Così a seconda dei casi e delle estensioni e caratteri delle lesioni cicatriziali ed adesive si va dalla semplice laparotomia liberatrice per passare alla resezione intestinale di tratti incarcerati; oppure per procedere ad un'entero anastomosi latero-laterale che metta fuori funzione il tratto o i tratti presi dal processo perintestinale cicatriziale, connettivo, fibroso, sclerosante.

Da ciò si vede che i provvedimenti operatori terapeutici debbono essere adottati caso per caso durante l'apertura del ventre e la constatazione biopsica dell'alterazione stenosante.

Fra le complicanze a distanza di natura settica di varia genesi sono anche da registrarsi le fistole stercoracee: il cui trattamento è molto diverso a seconda dell'estensione ed ubicazione di esse: in taluni casi può riuscire un'anastomosi termino-terminale, escludendo e resecando il punto fistolizzato: ed adoperando il bottone di Murphy, in altri la sutura locale può dare qualche risultato.

6) *I postumi della tubercolosi renale.*

Quando la nefrotomia non sia sufficiente a dominare la sepsi e la tubercolosi e si ha ragione di ritenere in base all'esame clinico e funzionale che l'altro rene è in buone condizioni, si procederà alla nefrectomia con trattamento estesamente aperto del focolaio lombare per questa via.

7) *La tecnica dell'orchiectomia nelle complicanze della tubercolosi del testicolo.*

Il precetto fondamentale perchè possa eseguirsi con risultati buoni un'asportazione del testicolo è quello di resecare più porzione possibile di pelle dello scroto e di aggredire in modo l'organo che restino minori spazi morti e nessuna traccia di tessuto malato e nello stesso tempo l'emostasi sia completa e molto accurata. In genere un'incisione ellittica è sufficiente ad includere nell'escissione le parti infiltrate per procedere poi allo scollamento in toto in via ottusa dell'organo facendo trazioni in alto da dissociare molto il fu-

nicolo, la cui resezione si farà sempre nel tragitto inguinale più profondamente possibile.

La legatura si può fare in massa con catgut n. 1. La riparazione del canale inguinale si praticherà con la chiusura di esso mercè quel procedimento di plicatio aponevrotica che ho descritto sulla Sezione Chirurgica del *Policlinico* del 1922 a proposito della semplificazione di tecnica nella cura radicale dell'ernia inguinale. Dopo la sintesi cutanea si apporrà un drenaggio passante filiforme di paraffina. Nei casi di asepsi sicura si potrà lasciare dentro lo scroto una pallottola di paraffina.

8) *La tubercolosi mammaria complicata.*

Dallo studio dell'anatomia patologica della tubercolosi mammaria che affetta anche le ghiandole linfatiche si deve dedurre che l'escissione mammaria in questi casi s'impone e deve essere più generosa possibile tanto in superficie che in profondità.

In genere il processo di Halsted può rispondere bene nei casi a limitata estensione; ma se esistono molte ulcerazioni cutanee che ci obbligano ad una ragguardevole demolizione della pelle, allora per sopperire alla non indifferente perdita di sostanza si presta molto bene quello autoplastico del Tansini, come ho praticato ed illustrato io fin dal 1910 (*Riforma Medica*).

TALUNE INFLUENZE MALEFICHE SULLE TUBERCOLOSI CHIRURGICHE.

I moderni criteri di terapia conservativa delle tubercolosi chirurgiche, la premura e la preoccupazione di tenere chiuse queste varie e diverse affezioni; la diligenza e l'accuratezza di eliminare ogni secondaria infezione dentro questi focolai; il consiglio di evitare su di essi qualunque intervento operativo cruento hanno la loro ragione d'essere su condizioni di inferiorità di resistenza; in cui vengono a trovarsi le lesioni tubercolari, quando sieno aggredite in via chirurgica attiva; e quando in esse si sviluppa una secondaria flogosi acuta associativa.

Sembra anzi che gli stravasi di sangue, determinati dalle manovre tecniche siano quelli che rappresentano una più appropriata cultura pel bacillo di Koch ed uno stimolo alla formazione del tubercolo e delle altre alterazioni anatomopatologiche necrotico fungose.

La pratica clinica ci dimostra come il bacillo di Koch possa esaltare la sua virulenza ed anche diffondersi, per via ematica, in altri organi, quando l'organismo venga sottoposto ad un qualunque atto operativo, anche per lesioni non specifiche. Non è raro il caso che una tubercolosi latente, dopo qualche mese di un'operazione di ernia, d'emorroidi, di appendicite acuta venga a prendere un andamento florido ed accentuato in modo che i soggetti che sembravano sani e robusti, vadano incontro ad emottisi ed all'estrinsecazione clinica e batteriologica positiva di una tubercolosi degli apici.

In condizioni peggiori viene talora a trovarsi l'organismo quando la lesione che si aggredisce in via chirurgica è di natura tubercolare quale, ad esempio, l'intervento con una laparotomia curativa nella peritonite cronica specifica; dopo della quale, nel periodo variante di alcuni mesi e talora anche dopo qualche settimana, si può produrre la sintomatologia di un'alterazione e di un trapianto alle meningi, al polmone, alla pleura, testicolo, ecc.

Constatazioni simili si possono fare in esemplari in cui sulla lesione bacillare s'innesta un'infezione acuta. Il trauma operatorio, adunque, la narcosi generale per inalazione, specie eterea, la sepsi procurano nei tubercolosi chirurgici una diminuzione di resistenza organica generale da produrre una maggiore probabilità di diffusione del bacillo di Koch.

Constatazione molto simile spesso noi facciamo nei riguardi delle alterazioni anatomopatologiche locali, per cui ogni intervento su lesioni chirurgiche tubercolari deve essere bene ponderato anche di fronte a queste influenze nocive, che qui ho voluto tratteggiare; nozioni queste che l'esperienza clinica ha già sanzionato col diminuire di gran lunga gl'interventi cruenti sulle affezioni chirurgiche, e collo studiare i mezzi più adatti di terapia locale incruenta e di cura generale che possa dare sempre più maggiore affidamento di guarigione di questi focolai; ed appunto questo nuovo indirizzo di trattamento delle tubercolosi chirurgiche mercè una evoluta terapia specifica incruenta ha dato luogo al largo impiego di mezzi atti a raggiungere lo scopo; da qui la grande importanza pel chirurgo di conoscere in modo esauriente e completo tutte le pratiche che oggi si consigliano sulla base clinica sperimentale e biologica, per la cura conservativa ed astensionista operativa delle tubercolosi chirurgiche.

I CONCETTI FONDAMENTALI DELLA TERAPIA SPECIFICA ANTITUBERCOLARE.

Il problema che io mi propongo di tratteggiare per sommi capi riguarda naturalmente quasi esclusivamente le lesioni chirurgiche della tubercolosi e precisamente quelle che ho sopra elencato per lo studio delle loro complicazioni settiche.

Il trattamento specifico di queste varie lesioni

croniche bacillari, si basa nell'applicazione pratica di talune reazioni locali e di taluni fenomeni biopatologici che già la natura esegue per suo conto in misura più o meno adeguata a seconda delle alterazioni anatomopatologiche dei tessuti, della resistenza e potere di difesa locale e generale dei soggetti, alterazioni che l'istologia patologica, la patologia sperimentale e la clinica ci additano e ci confermano.

In massima noi vedremo come siano concetti di biologia quelli che vengono valorizzati e che nella pratica comune vengono messi in attuazione per la cura di queste affezioni.

Ripeto che qui appunto è l'anatomia ma più l'istologia patologica che ci dà la chiave della risoluzione dei varii problemi terapeutici inerenti al trattamento più evoluto delle tubercolosi chirurgiche.

In alcuni punti la terapia specifica di esse si avvicina alquanto a quella delle lesioni tubercolari d'ndole medica; ma in altri se ne allontana e diversifica molto per talune peculiarità anatomopatologiche, batteriologiche ed immunologiche; e specie poi per l'ubicazione topografica, che consente a noi chirurghi di agire più direttamente sui focolai di natura chirurgica sotto il continuo controllo sperimentale dei tessuti malati che il curante indagatore ed il clinico studioso può seguire in tutti i varii gradi di metamorfosi durante l'azione terapeutica di tutti quei mezzi di cui parleremo.

È solo traendo le logiche deduzioni dalle varie applicazioni di cura locale e generale che possiamo fare progredire sempre più i concetti ed i canoni della terapia antitubercolare chirurgica.

Lo studio anatomo-clinico batteriologico della biologia del bacillo di Koch ci conduce ad ammettere che l'agente della tubercolosi per il suo florido sviluppo, per la sua accentuata moltiplicazione ha bisogno come pabulum di speciali condizioni di cultura, e così vediamo che dentro il parenchima polmonare esso trova il tessuto più adatto al suo innesto, al suo attecchimento ed alla sua propagazione; e contemporaneamente ci rendiamo conto come un ambiente ricco di sangue e ben vascolarizzato con contemporanea abbondante aereazione favorisca la vegetazione di questo bacillo; ecco le ragioni per le quali nel polmone trova il terreno più adatto per la sua virulenta localizzazione.

Inoltre le associazioni batteriche, le flore aerobiche che congestionano di più i tessuti agevolano molto la sua propagazione e sviluppo secondario.

Da questi concetti fondamentali si desume come un terreno povero di vasi sanguigni, privo di aria, con assenza di altri stipiti microrganici è quello che ostacola la vita del bacillo tubercolare: ed infatti nei tessuti ischemici, anaerobici, sterili è molto difficile l'attecchimento di esso; ed ove possa giungere ad allignare la sua virulenza è molto più attenuata, più blanda; ed è quello che appunto succede nelle infezioni tubercolari d'indole chirurgica, dove a preferenza di quelle mediche, le polmonari in ispecie, si ha altra reazione del tubercolo, altra difesa dei tessuti ed altra modalità di annientamento del bacillo e delle sue secondarie produzioni biologiche ed istopatologiche.

La lotta contro l'infezione tubercolare d'indole chirurgica si discosta nella sua tattica generale da quella che abbiamo tracciata in altri lavori; (vedere il II volume della mia opera sul trattamento delle lesioni settiche, sulla vaccino-sieroproteinostomosinterapia nelle complicazioni generali di talune lesioni settiche chirurgiche. Licinio Cappelli, Editore, Bologna, 1923).

Nelle infezioni acute chirurgiche il problema terapeutico presuppone l'organizzazione di difesa e di assalto di varie forze naturali ed artificiali che nel breve periodo di alcune ore possa la battaglia essere vinta o da una parte o dall'altra; ed essa può paragonarsi a quelle antiche tenzoni in campo aperto per cui i due eserciti potevano decidere celermente delle loro sorti; poichè è bene tenere presente alla mente che per combattere le infezioni acute è il circolo generale e le sue risorse biologiche ed immunitarie che comandano ed entrano in gioco; mentre tutte le manualità locali non sono altro che sussidiarie alla cura eroica tentata e seguita per la via ematica.

Per le tubercolosi chirurgiche le condizioni di lotta si possono e si debbono considerare alquanto diverse: qui l'azione debellante si può rassomigliare alla guerra di trincea, all'assedio di una fortezza; dove la lentezza del tempo è quella che caratterizza l'attacco terapeutico: qui non sono in campo a contendersi il terreno il bacillo di Koch e le difese dell'organismo; in quanto che la forte e tenace barriera che incapsula e delimita il bacillo, lo rende impermeabile ed inattaccabile direttamente: qui l'azione deve essere rivolta contro gli elementi cellulari del tubercolo e la vittoria dell'organismo si basa sull'affamare il microbo a mezzo dell'ischemia, della fibro-cirro-sclerosi; a cui la calcificazione che sussegue fa da lapide al seppellimento e rinserramento del focolaio tubercolare.

Nel meccanismo di lotta e nella tattica di attacco alla produzione tubercolare, il circolo generale ha una parte secondaria; mentre la reazione locale ha la sua massima importanza ed il più alto valore terapeutico; in modo che la cu-

ra locale occupa qui il primo posto e quella generale è invece secondaria ed ausiliare.

È così che l'azione curativa nelle due forme d'infezione, quella acuta e quella cronica, hanno un inverso cammino ed un opposto metodo, aggressiva in modo celere pel circolo generale la prima; attaccante in modo lento, graduale attorno ai tessuti circumambienti il folocaio locale la seconda.

Così posto il problema terapeutico delle tubercolosi chirurgiche, ha pututo essere eviscerato nella sua intima essenza ed ha ottenuto, attraverso i più severi studi di esperimenti anatomopatologici e clinici i migliori trionfi e le più logiche soluzioni di quei dati, che per tanti anni hanno affaticato le menti di tanti geniali ricercatori; che avevano creduto di eguagliare il problema curativo delle tubercolosi con quello delle infezioni acute, sperando nella sieroterapia la vittoria delle loro incessanti ricerche.

Battendo questa strada lenta biologica ed anatomopatologica vedremo invece come esso deve essere impostato nella sua intera fisionomia clinica ed anatomica.

Seguendo questi concetti generali suesposti, noi dobbiamo schematizzare i dati della terapia antitubercolare, dividendola in due grandi categorie, che hanno il loro valore pratico; e precisamente in una prima che compendia le norme del trattamento locale; ed in una seconda che include tutte le modalità della cura generale.

Nei riguardi della prima categoria sono da studiare ed illustrare i seguenti dati principali:

a) I concetti profilattici curativi per mantenere una più accurata antisepsi locale;

b) I varii metodi modificanti e sclerotizzanti parenchimatosi;

c) Le varie applicazioni della fisioterapia;

d) Le modalità ed i benefici dell'immobilizzazione;

e) La stasi alla Bier.

In quanto concerne quelli della seconda categoria possiamo elencarli nel modo seguente:

a) Provvedimenti igienico-dietetici;

b) Cura chimica generale coi varii preparati;

c) Valore e significato della vaccino, siero e proteinoterapia.

Non intendo qua fare altro che mettere in evidenza quei dati, che possono maggiormente interessare la cultura e la pratica del chirurgo.

1. — TRATTAMENTO LOCALE.

a) *I concetti profilattici curativi per mantenere una più accurata antisepsi locale.*

Abbiamo veduto quanto siano dannose e temibili le associazioni batteriche nei focolai tubercolari e quindi sarà sempre cura e dovere del chirurgo anche di fronte a lesioni chiuse di mantenere una più perfetta igiene della parte malata nel senso di curare la pulizia e possibilmente l'antisepsi della cute soprastante all'affezione, nonchè di badare molto a quella dei territori mucosi e della pelle che hanno connessioni con essa alterazione specifica.

Quando poi esistono seni fistolosi, ulcerazioni, fungosità ed altre lesioni di continuo, allora si dovrà con più accurata cautela curare la disinfezione di queste complicazioni, attraverso le quali può giungere un trapianto di altri germi e stipiti piogeni.

È qui che rispondono molto bene gl'impacchi con soluzioni antisettiche, le quali debbono però avere la prerogativa di non ledere minimamente la cute e di agevolare non solo la distruzione dei germi, ma bensì la modificazione benefica delle fungosità e dei fondi dell'ulcera. Ora questo intento e questo benefico effetto si ottiene a preferenza in modo soddisfacente con la soluzione alcoolica ipocloritica acidificata a basso titolo, che io ho consigliato; ed è in queste alterazioni che eccelle massimamente la sua efficacia nel domare, correggere e modificare in senso più benigno i processi di granulazione, che in molti casi si mostrano in breve tempo di aspetto quasi normale; ed in alcuni casi celermente domati da avviare la lesione verso la cicatrizzazione.

Nelle norme di profilassi va incluso il consiglio di evitare sulle lesioni affette da un processo tubercolare l'azione di qualunque trauma, sia intermittente che continuativo; e di dare un dovuto atteggiamento di riposo e d'immobilità alla parte malata: perchè ogni stravaso sanguigno è un pabulum di rigoglio pel tubercolo, determinante una minore attività di resistenza e di sclerosi periferica; e sono capaci questi traumi o l'accessivo movimento di aggravare e risvegliare un processo o assopito o in via di guarigione o financo spento da tempo.

b) *I varii metodi modificanti e sclerotizzanti parenchimatosi.*

Lo studio istologico degli esiti in guarigione dei processi tubercolari chirurgici e d'indole medica (polmonari) ci dimostra come le lesioni bacillari possono risolversi beneficamente e ci addita il meccanismo con cui si ottiene questo vantaggio spontaneo di cicatrizzazione delle alterazioni varie del tubercolo.

La calcificazione e la fibrocirrosi sono i processi istopatologici che eccellono in questa fase di guarigione spontanea dei focolai tubercolari e quindi era logico che la terapia s'indirizzasse verso questo meccanismo d'azione; esaltandone

magari la proprietà a mezzo di varie sostanze calcificanti e sclerosanti. Si cercò da prima di giungere sulle lesioni mercè la via ematica e quindi attraverso al circolo generale sia sottocutaneamente ed intramuscolare, che per l'apparato gastro enterico si iniziarono delle cure specifiche mercè l'azione di molti preparati; fra cui sono di rilievo i sali di calcio, l'jodio ed i suoi sali, la gelatina unita all'jodio, l'arsenico, il fosforo: i preparati mineralizzanti silicici ecc.; ma quando si poterono con concetti più pratici e più rispondenti all'esigenze della patologia esterna ed in via più diretta aggredire i focolai e su di essi praticare nei loro parenchimi, nella loro sostanza, nei tessuti circumambienti le iniezioni infiltranti di sostanze modificatrici nel senso cirrogeno, allora si vide che i risultati erano incomparabilmente migliori.

È merito di Durante di avere messo in evidenza i vantaggi di questa terapia locale sclerotizzante mercè l'uso di preparati jodici.

Non v'ha dubbio che esistono soluzioni di sostanze chimiche, le quali hanno un'azione spiccatamente cirrogena da una parte e dall'altra antitubercolare (contro il tubercolo, non contro il bacillo) e fra esse finoggi ha spiccato in prima linea l'jodio che è stato la base fondamentale di ogni terapia specifica chimica locale e generale nei processi di tubercolosi chirurgiche.

L'jodio quindi associato all'alcool (tintura di jodio), l'jodoformio in sospensione con la glicerina, il medesimo in soluzione eterea sono stati fin'oggi i preparati più usati per iniezioni modificatrici, a criterio antisettico, dentro i focolai sia attraverso alla cute integra, sia pel tramite dei seni fistolosi. Dirò subito che la soluzione che meglio risponde per la sua attività e per la pronta reazione dei tessuti è quella alcoolica jodata al 5 %.

Tanto l'alcool (forse esso di più) quanto l'jodio sono degli sclerotizzanti di alto grado ed associando la loro azione in soluzione al 5 % si ha un rendimento ottimo; in quanto che combinati assieme in questa proporzione aumentano la loro particolare proprietà cirrogena: però a seconda dei tessuti e degli apparati da curare con le iniezioni modificatrici varia anche il titolo della soluzione jodata (fino al 5 p. 1000) e la sua miscela; nel senso che in alcuni organi è più indicata quella acquosa, tipo formola del Durante, che non è altro che una soluzione jodojodurata; oppure se si desidera per speciali ragioni una più leggera ancora il liquido di Lugol è il preferibile, ma questi sono casi di eccezione; nella norma è consigliabile l'alcoolica al 5 %.

Abbiamo veduto come nei processi tubercolari istologicamente ed anatomo patologicamente le zone periferiche sono quelle, che più danno il contributo alla sclero fibrosi e come spesso la caseosi rispetti queste barriere e dentro di essi si calcifichi; mentre nei tessuti fungo-granulomatosi la cirrosi circostante è più limitata, più fiacca, meno attiva e che quel poco che esiste e si produce in primo tempo può facilmente essere raggiunta, invasa e distrutta dalla proliferazione progressiva granulo mixomatosa della lesione centrale bacillo tubercolare. Da qui l'indicazione e la raccomandazione che l'iniezione abbia il suo punto di maggiore azione verso le parti centrali, sia perchè esse possano provvedersi al più presto di nuclei di tessuto sclerofibroso, sia perchè la cirrosi ha tendenza a rendersi eccentrica, perchè perifericamente esistono gli elementi cellulari più atti al fibroblasma, e quindi più facilità di propagazione verso le zone più esterne; sia anche perchè il processo viene aggredito al suo centro di irradiazione, nella sua roccaforte nei riguardi perciò delle maggiori alterazioni necrotiche e neoproduttive di reazione, che può meglio generare una sclerosi più diffusa artificiale prodotta dai liquidi e dalle sostanze modificatrici.

Delimitato un dato focolaio esso deve venire aggredito a zone, saggiando, attraverso alla maggiore o minore resistenza e consistenza che incontra l'ago penetrante, il comportamento dei tessuti malati; e controllando volta a volta con la palpazione esterna di essi la modificazione sclerotica che può giungere fino alla consistenza lapidea nelle ghiandole linfatiche del collo; e così l'iniezione con questo metodo irradiante cadrà mano mano successivamente verso quelle parti meno sclerotiche e meno indurite.

Come ho detto la reazione alla tintura di jodio dei varii tessuti ed organi è diversa e può anche essere differente a seconda dei soggetti e del tipo anatomico del processo tubercolare; essa quindi va saggiata caso per caso; ed è per questo che si consiglia alla prima iniezione di agire con piccole dosi e con soluzioni più deboli. Non prima di 4-5 giorni di distanza dall'iniziale si eseguirà la seconda in un punto un po' diverso dalla precedente, regolandosi nell'iniettare la qualità e quantità della soluzione dagli effetti procurati dalla precedente. A mano a mano che si vada più avanti e che i vantaggi sono apprezzabili si potrà distanziare di più l'iniezione, ogni 8-10 giorni, pur mantenendo allora la medesima misura e dosaggio del liquido; ma procedendo verso le zone più periferiche della lesione. In caso di reazione energica o l'impacco caldo d'acqua calda in taluni casi, o la vescica di ghiaccio in altri (testicolo) varranno a dare un certo refrigerio al paziente.

Sarebbe troppo prolisso insistere ancora nelle

minuzie di tecnica, modificabili caso per caso, di regione in regione, di organo in organo, da un tipo di lesione anatomo patologica all'altro.

Dirò che i risultati di questo metodo sono veramente incoraggianti e lusinghieri per la riduzione e guarigione dei linfomi tubercolari del collo; nel trattamento secondario dopo lo svuotamento di tutti gli ascessi freddi e le caseosi di qualunque organo e tessuto; in molti casi di lesioni sinoviali; nelle orchiepididimiti, dove eccellono per la loro praticità e per la facilità, con cui si possono sorvegliare e curare i varii sopra citati focolai tubercolari. Per la pleura ed il peritoneo sono preferibili le soluzioni acquose a basso titolo. Molte altre sostanze sono state consigliate e raccomandate e recentemente L. Durante ha proposto, sulla scorta di una casistica clinica, le soluzioni saline ipertoniche per gli ascessi freddi, che ugualmente si possono estendere nella loro pratica applicazione alle forme pleuriche e peritoneali.

Potranno ancora essere in seguito scoperte ed applicate altre sostanze di più attiva azione sclerosante, ma, come ho più sopra cennato, resta fermo il concetto generale ed il principio su cui si debbono fondare tali iniezioni modificatrici: cioè della loro azione sclerogena e cirrotica, che è la base della fibrosclerosi terapeutica naturale spontanea e di quella provocata artificialmente a mezzo di iniezioni locali in tutti i processi chirurgici tubercolari di qualunque tipo e forma essi siano; tenendo presente che i risultati migliori si otterranno su quei tessuti, che fisiologicamente si mostrano adatti ed agguerriti a tale lotta fibrosa sclerosante ed in quei focolai a tipo ricco di tessuto connettivo reattivo, che è l'essenza prima della lotta locale cirrogena strozzante, delimitante e calcificante del tubercolo e dei suoi conglomerati.

c) *Le varie applicazioni della fisioterapia.*

La Roentgenterapia, la Finsenterapia, l'elioterapia, la talassoterapia sono quelle branche della fisioterapia che più interessano la cura locale delle varie forme di tubercolosi chirurgica.

La cura coi raggi X si basa sulle note azioni, che questi raggi vengono ad esercitare sui tessuti animali e l'odierna perfezionata tecnica permette di selezionare ed utilizzare quei dati raggi utili al trattamento dei processi tubercolari; infatti nel fascio emanante dai tubi si trovano raggi di natura e di potenza diversa; taluni ad azione prevalentemente chimica, localizzabile sui tessuti superficiali cutanei, che sono i raggi molli; gli altri dotati di più forte azione penetrante, che può giungere fino ad influenzare il parenchima di organi situati profondamente. È certo che in un primo periodo d'applicazione i linfomi tubercolari del collo, le ghiandole peribronchiali, le mesenteriche, ecc., risentono vantaggiosi effetti riducendosi sotto questo stimolo notevolmente dopo la seconda seduta, come ho potuto in più casi osservare; però in seguito questo solo metodo non è sufficiente a dare la guarigione definitiva. Lo stesso si può dire per le peritoniti e pleuriti tubercolari, per le artrosinoviti, ecc.

Complesso è certo il meccanismo d'azione dei raggi X ed in esso però predomina il fatto necrotizzante sugli elementi embrionali; l'ischemia in primo tempo, e un potere malefico sugli stessi bacilli con inibizione delle reazioni cellulari più intense; però in secondo tempo a questa reazione radiologica succede l'eccitazione proliferativa del connettivo, come si nota in altre lesioni ben differenti, come ad esempio, nel fibroma dell'utero: in cui la guarigione si stabilisce mercè un tessuto cirrotico secondario reattivo che riduce l'utero ad una massa lapidea cicatriziale.

Sulla base di questi criteri generali di radioterapia noi possiamo eseguire e consigliare l'applicazione limitata a poche sedute, molto distanziate di 6-8 giorni, per dare la spinta alla fibrosclerosi associando ad essa le altre cure locali e generali.

La Finsenterapia si è mostrata molto utile e vantaggiosa in una speciale forma di tubercolosi, quella cutanea, cioè il lupus; in modo da affermare che da essa si possono nelle lesioni superficiali ricavare ottimi vantaggi.

In complesso l'applicazione Finsenterapica nelle tubercolosi chirurgiche ha ceduto il posto nella maggioranza dei casi all'elioterapia, che ha dato più pratici risultati.

Il bagno di sole o meglio la convergenza dei raggi solari sulla parte malata è quello che può dare un'azione terapeutica di una certa entità nei processi tubercolari; e questa chiamasi elioterapia globale.

Si è discusso se l'azione del sole è legata ad influenze benefiche generali, anzichè locali: e sembra più verosimile l'ipotesi che sia una maggiore resistenza dell'organismo o meglio una più intensa leucocitosi ed un aumento fagocitario del sangue quello che primeggi in questo meccanismo elioterapico. Notasi anche un aumento dell'emoglobina. Però non è da trascurare l'osservazione di altri autori i quali ammettono ed hanno constatato modificazioni biologiche sui tessuti malati per azione diretta locale, consistente da prima in aumento della linforrea e poscia in eccitazione e proliferazione del tessuto connettivo; alla cui formazione concorrono le cellule libere e fisse locali; mentre i raggi solari

agiscono anche deleteriamente sui bacilli tubercolari; e così si avrebbe un'azione mista sul focolaio malato a natura sclerogena associata all'antisettica.

Gli studi più profondi su questa nuova ma pur vecchia empiricamente branca della terapia delle scrofolosi, che va estendendosi al trattamento di tante altre lesioni e malattie sono venuti a stabilire che l'influenza dei raggi solari varia col clima e con la diversa altitudine; da cui sono sorte le stazioni elioterapiche di pianura e di montagna. È da notare come nella pianura si perde il 50 % delle irradiazioni ultraviolette solari, non solo per la maggiore distanza dal sole; ma anche per il più basso coefficiente di luminosità e di penetrazione dei raggi solari; però nelle stazioni marine altri coefficienti entrano a rinforzare l'elioterapia nella tubercolosi.

La talassoterapia, da tanto tempo riconosciuta benefica nelle tubercolosi chirurgiche, che ha dato luogo alla istituzione degli ospizi e delle colonie marine, rappresenta il trattamento più favorevole per tanti coefficienti che arreca nella lotta contro le localizzazioni chiuse specifiche. Essa viene completata dai bagni di rena e da quelli di sole, che assieme a quelli d'acqua marina formano un metodo oggi sempre più accreditato e perfezionato nel trattamento delle lesioni chirurgiche bacillari.

I bagni d'acqua di mare esercitano un'azione fisiologica e terapeutica importantissima, non solo pel cloruro di sodio, che contengono ma anche per altri fattori e componenti chimici, fra cui predomina l'jodio, di cui sono ricchi. Oggi associando al bagno marino la cura del sole e dell'arena calda si viene ad aumentare molto il benefico effetto della talasso-terapia. I recenti e molteplici lavori ed anche le relazioni degli ultimi Congressi di talasso-terapia illustrano ampiamente con statistiche numerose e brillanti i risultati meravigliosi delle cure balneari marine associate all'elioterapia.

d) *Le modalità ed i benefici dell'immobilizzazione.*

L'esperienza clinica di tanti decenni, specie nei riguardi delle tubercolosi delle articolazioni ha dimostrato i vantaggi sommi di tenere immobile una lesione tubercolare; e l'uso dell'apparecchio gessato immobilizzante è l'indice ed il rappresentante più genuino di questa benefica cura.

Se più attentamente ci addentriamo nello studio del meccanismo vantaggioso d'azione dell'immobilizzazione noi vediamo che il concetto che da prima era assegnato solo alle articolazioni può essere ancora meglio esteso e generalizzato a tutti i processi tubercolari.

Due condizioni essenziali presiedono a questo criterio di cura, che ancora non è stato valutato esattamente nella sua grande e costante efficacia: e ciò per immobilizzazione dobbiamo intendere non solo la limitazione dei movimenti e la posizione di atteggiamento di un dato segmento malato; ma altresì il tenere più fisso possibile tutto l'arto e possibilmente l'intera persona in modo che si venga a stabilire quella vera condizione di circolo nutritivo; da essere utile e vantaggioso ai fenomeni secondari di risoluzione cicatriziale del focolaio tubercolare chirurgico.

Questi risultati veramente meravigliosi di guarigione di seni fistolosi, di minacce invasive di articolazioni, di sclerosi rapide di lesioni ritenute gravi e progredienti ottenute mercè apparecchi gessati immobilizzanti hanno fatto emettere altre ipotesi sulle cause di questi favorevoli esiti; e da alcuni si è invocato un lavorio biologico batterico della flora dei germi secondari trapiantati sui seni fistolosi che in unione alle secrezioni del tessuto fungoso dessero dei prodotti immunitari proteici da distruggere gli stessi stipiti microrganici e da determinare la guarigione mercè la sterilizzazione dei germi acuti e cronici annidati nel focolaio specifico.

Studiando più profondamente e comparativamente i risultati di questo metodo immobilizzante vedremo subito che uguali risultati si ottengono anche in quei focolai chiusi ed in quei tessuti ed organi in cui nessun'altra causa può essere chiamata in ballo per spiegare l'azione benefica della immobilizzazione della parte e del soggetto nella risoluzione in guarigione del processo tubercolare.

In soggetti trattati con cure locali e generali uguali ed identiche, gli effetti sono sempre incomparabilmente migliori in quegli esemplari in cui l'immobilizzazione è stata più assoluta e più prolungata.

I concetti base dei vantaggi di questo metodo, che è bene generalizzare a tutte le forme di tubercolosi chirurgiche, debbono essere interpretati nel modo seguente. L'immobilizzazione provoca il riposo assoluto della parte ed essa appartiene ad uno dei precetti fondamentali di Wright nella cura delle infezioni acute d'indole chirurgica e del trattamento delle lesioni traumatiche, delle ferite in ispecie: questo riposo che rende inerte i muscoli rallenta il circolo sanguigno e linfatico e mercè questa stasi continua, che diventa quasi cronica, prolungata per mesi, si viene a produrre un disturbo di nutrizione sul focolaio tubercolare.

Abbiamo veduto come una diminuzione di afflusso sanguigno ostacola la nutrizione del bacillo; ma più la vegetazione degli elementi cellu-

lari del tubercolo, e ne provoca da una parte la degenerazione e dall'altra la reazione fagocitaria degli elementi fissi adiacenti che attivano più energicamente la lotta fibroblastica, che lentamente e per gradi conduce alla fibrosclerosi e quindi alla cirrosi ed alla calcificazione.

La remora di sangue adunque ed il ristagno di linfa, provocate dalla immobilizzazione producono questo stato istopatologico per cui la fibrosi del focolaio non è altro che il prodotto di un meccanismo indiretto di stasi sanguigna sul focolaio; e la stasi sarà ancora più accentuata per quanto più estesa e più prolungata e più assoluta sarà l'immobilizzazione.

Questi speciali malati, a cui si obblighi a tenere il letto, in condizioni igieniche d'ambiente adatte nei riguardi dell'ossigenazione, dell'elioterapia e delle cure locali chimiche sclerotizzanti; ottengono sempre dei vantaggi più celeri, superiori e più stabili degli altri che male tollerino questo consiglio e queste disposizioni immobilizzanti. E tale pratica acquista un maggiore valore quando i curanti convinti della bontà ed efficacia del metodo saranno i primi propagandisti di queste norme di immobilizzazione per inculcarle nella mente e nella psiche del malato e dei parenti.

Da qui la necessità che ho intesa di meglio e più estesamente illustrare e raccomandare questa pratica.

e) *Stasi alla Bier.*

Essa in addietro, specie in Germania, ebbe molteplici e tenaci seguaci e sostenitori: oggi però il sistema della stasi venosa, proposta da Bier, ha ceduto il posto agli altri tipi e metodi di cura. Come accennavo in molti casi l'immobilizzazione realizza la parte più vantaggiosa del metodo di Bier, fondato sul criterio di produrre una iperemia passiva, la quale faciliti i processi di fibrosclerosi dei focolai tubercolari; azione questa più spiccata e più omogenea, più equilibrata che si può ottenere con l'immobilizzazione e con gli altri sistemi di cura locale già enunziati più sopra.

In questa rapida esposizione della terapia locale io ho cercato di tratteggiare ogni singolo metodo; ma si comprenderà bene che nella massima parte dei casi l'associazione di molti di essi viene a concorrere allo scopo di raggiungere con più intensità, con più celerità, con più sicurezza e più stabilità la guarigione, per cui oggi, l'indicazione di combinare fra loro parecchie cure locali, è quella che ci può dare maggiore garanzia di successo.

2° TRATTAMENTO GENERALE

Il trattamento generale delle tubercolosi chirurgiche si compendia nelle tre modalità sopra elencate ed esse si possono chiamare cure sussidiarie ed ausiliarie; in quanto che esse concorrono a completare attraverso al circolo generale ed alla resistenza organica dei soggetti quei mezzi di difesa, di delimitazione, di sbarramento, di sclerosi e di guarigione cicatriziale del processo locale: e servono anche ad agguerrire l'organismo per ulteriori lotte contro possibili successive invasioni o contro il ridestarsi del medesimo focolaio o lo sviluppo di altri, talora magari più attenuati; e perciò esso trattamento generale ha anche una missione profilattica sociale a beneficio dei recidivanti e dei predisposti.

È questa un'importanza sicuramente non secondaria che il curante deve sempre proporsi nei riguardi degli esiti remoti ed ereditari delle tubercolosi chirurgiche.

a) *Provvedimenti igienici e dietetici*

L'ambiente, l'assistenza medica, le modalità di vita e la speciale alimentazione, sono dei fattori benefici, che vanno presi in seria considerazione nella cura di queste lesioni specifiche bacillari.

I locali soleggiati e ben cubati, da cui la possibilità di un'ottima ossigenazione e della elioterapia; da qui il consiglio della vita all'aperto, la stazione in riva al mare, anche nella stagione invernale nei climi miti, con esposizione a sud dei locali.

Inoltre questi malati debbono restare sotto la sorveglianza continua del medico ed hanno bisogno di frequenti controlli locali e generali: da cui la necessità che restino ospedalizzati nei centri di cura fino a tanto che non siano sicuri di una guarigione piuttosto stabile.

Il criterio dell'immobilizzazione a letto deve essere rigorosamente applicato nelle forme piuttosto gravi, in cui tutti gli elementi di cura debbono concorrere per la definitiva vittoria sul focolaio tubercolare; da qui l'indispensabilità di ottimi locali, ben disposti, areati e soleggiati, di letti soffici e comodi da rendere al paziente meno dura e meno noiosa la degenza a letto.

Negli altri il riposo relativo; il consiglio di non esporsi a fatiche, a sforzi, a cadute dovrà essere rigorosamente inculcato.

Una ricca alimentazione, rinforzata da somministrazione abbondante di latte concorrerà a risollevare le condizioni di nutrizione del paziente. La iperalimentazione lattea è molto indicata in questi casi, in cui si ha notevole demineralizzazione, specie in sali calcarei; e sappiamo invece

che questi organismi hanno molto bisogno di mineralizzare i focolai per meglio attivare la sclerosi e la calcificazione. Si sa infatti che il latte contiene molta calce ed essa viene bene assorbita dall'intestino a causa della sua combinazione con le albumine, da qui il grande vantaggio alimentare e chimico della dieta lattea.

Da tutto questo assieme viene ad emergere la necessità sociale e terapeutica che questi malati vengano accolti in istituti speciali: il cui indirizzo curativo sia unico o almeno segua queste linee generali di trattamento igienico dietetico; che non si può affatto fare eseguire a domicilio; neppure dagli stessi abbienti.

Nè da trascurarsi è la cura morale, suggestiva, che l'opera del curante va spiegando giornalmente a vantaggio di questi sofferenti, che meritano di essere sempre meglio assistiti e confortati per portarli verso una definitiva e stabile guarigione, che oggi non dovrebbe mancare nella massima percentuale dei casi.

b) *Cura chimica generale coi varii preparati.*

Una numerosa congerie di preparati è stata in questi ultimi anni lanciata come specialità dal commercio per la cura delle tubercolosi chirurgiche. L'jodio, l'arsenico, il ferro, l'acido nucleinico, il fosforo, l'acido connamico, il manganese, il mercurio, il silicio sono la base fondamentale di essi in unione al guaiacolo, alla canfora, agli olii. A vero dire esistono formole felici di associazione dell'jodio con l'arsenico, il nucleinato di soda, il solfoguajacolato di soda, il glicerofosfato, che corrispondono molto bene.

I principî su cui si basano questi preparati e specialità sono: quello antibacillare dell'jodio e del guaiacolo, a cui si unisce l'azione ricostituente dell'arsenico, del ferro, del manganese, quella leucoattivante del nucleinato di soda, quella eccitante del sistema nervoso con la stricnina, le ovoalbumine, la bioplastina ecc.: quella remineralizzante dei sali di silicio.

Spesso la tubercolosi chirurgica determina alterazioni dei globuli rossi e dei bianchi e specie nelle complicazioni associative microbiche non manca mai quel colorito pallido anemico suppurante, ora in questi casi i preparati di ferro, arsenico, acido nucleinico, lecitine, e glicerofosfati sono quelli che dovranno avere la preferenza per iniezioni sottocutanee onde migliorare le condizioni generali dell'ematosi.

In questi casi l'jodio non si mostra molto indicato a causa della sua azione spesso poco favorevole alla vitalità del globulo rosso e talora ostacolante la rigenerazione e la provvista emoglobinica.

In tesi generale i preparati jodici per essere più attivi debbono essere associati all'arsenico, al solfoguaiacolato di potassa o di soda, alle nucleine, al glicerofosfato; ad essi sono da consigliarsi per somministrazione gastro enterica, attraverso alla quale via mostrano una più attiva azione.

Gli jodici attivano più celermente il ricambio organico; e dati per via orale non hanno certo quel potere sclerotico fibroso come quando si agisca per iniezioni locali, in quanto che pel circolo generale essi si mostrano anzi antisclerotici, come quotidianamente vediamo per tutte le forme arteriosclerotiche e per lesioni cirrogene di varia natura. L'jodio si è anche creduto un antibacillare diretto nella tubercolosi; ma oramai sappiamo che esso agisce su focolai locali associato all'alcool per azione sclerogena; mentre per la via generale come attiratore del ricambio accelera più la fagocitosi, la fibroblastosi ed elimina più velocemente tutti i prodotti di necrosi caseosa e di metamorfosi regressiva del tubercolo. È sul meccanismo della leucocitosi che jodio, arsenico, lecitine, fosforo ecc. si basano nel trattamento aggressivo ricostituente generale nella tubercolosi chirurgica.

Da qualche anno ho saggiato, ho esperimentato e largamente applicato l'uso di altri prodotti chimici, che in lesioni similari anatomopatologicamente danno risultati meravigliosi.

Già da più di un ventennio sulla guida della pratica clinica avevo potuto constatare come il cerotto mercuriale di Vigo, la pomata mercuriale, il calomelano agissero beneficamente sulle lesioni cutanee lupose e sulle ulcerazioni tubercolari a varia sede.

D'altra parte l'anatomia e l'istologia patologica ci dimostrano quanta affinità morfologica corre spesso fra granuloma tubercolare e quello sifilitico; e che anzi in alcuni casi essi si identificano nella loro costituzione cellulare del loro primo accumulo anatomico.

Già era noto ai preparatori di specialità quest'azione benefica negli scrofolodermi, ed in alcuni casi di tubercolosi, dei sali di mercurio, tanto che essi venivano incluse nelle formole dei preparati antitubercolari.

Lo stesso arsenobenzolo venne da me adoperato come ricostituente in talune forme di tubercolosi chirurgica e ne ottenevo risultati incoraggianti. L'uso più innocuo e la pratica delle iniezioni, più facili, dei preparati bismutici ed il loro più spiccato benefico effetto sulle lesioni primarie sifilitiche, a preferenza degli altri prodotti, mi hanno indotto a provare su vasta scala i sali di bismuto. Io ho esperimentato il bismuto colloidale; i sali arsenici solubili di bismuto e quelli insolubili.

Le mie conclusioni su questo argomento sono

molto simili a quelli che oramai tutti i sifilografi riconoscono; essere cioè più attivi i sali insolubili: mentre l'associazione dell'arsenico al bismuto è di effetto superiore del bismuto colloidale.

Le mie indagini sono state numerose, accurate e prolungate; io ho cercato fin dall'inizio di avvalermi di forme accessibili, in cui potevo direttamente seguire le lesioni passo a passo, a misura che praticavo le iniezioni in via intramuscolare; ed è così che potevo constatare che già dopo la seconda o la terza l'azione del preparato era molto attiva. Io avevo cura di scegliere dei casi vergini da altri trattamenti locali e generali ed affidavo da principio ai sali insolubili di bismuto il mandato terapeutico ed in tal modo mi potevo sincerare che essi spiegano in seno ai tessuti tubercolari un'efficacia celere, sicura, stabile.

Con 9 iniezioni ho potuto notare la guarigione di lupus ribelli ad altre cure chimiche locali e generali; mentre le adeniti specifiche si riducono sotto l'azione dei preparati di bismuto.

Estendendo sempre più le mie applicazioni potevo concludere che l'arsenico unito al bismuto per iniezioni intramuscolari, praticate ogni 2 o 3 giorni ed in numero di 12 a 15 produce tali e tanti vantaggi anatomici locali da potere con sicura coscienza paragonare questi benefici effetti sui tessuti malati da tubercolosi a quelli che si ottengono sulle lesioni sifilitiche primarie, secondarie e terziarie: in modo da sembrare essere identica l'alterazione tubercolare a quella sifilitica nei riguardi terapeutici coi sali di bismuto più attivi.

Dopo prolungate prove ho potuto constatare che il sale più efficace, più tollerabile e più praticamente adoperabile è il metilarsinocitrobismutato sodico, detto anche novallosan: e che esso può senza alcun pericolo venire usato anche nei bambini e nei ragazzi a dosi terapeutiche più blande. La cura può dividersi in tre cicli: nel primo a giorni alterni si somministrano in totale 12 a 15 fiale, avendo cura di sorvegliare la saturazione dell'organismo in bismuto, il che si vede subitò col comparire di un lercine nero sull'impianto dei denti, specie degli incisivi. In questi casi basta sospendere per alcuni giorni la cura e diradare di 3 a 4 giorni d'intervallo fra le iniezioni per vedere scomparire la gengivite bismutica.

Il secondo ciclo, di circa complessivamente altre 9 a 12 iniezioni si fa ad uno o anche a due mesi di distanza dal primo; eseguendo le punture ogni 3-4 giorni.

Il terzo può eseguirsi dopo altri due mesi con la medesima dose e modalità d'intervalli. Il curante potrà subito accorgersi dei benefici effetti locali e generali di questo trattamento arseniobismutico; ed all'occorrenza lo può ripetere per altri cicli, oltre i tre sopra consigliati.

Come dico, la mia estesa esperienza sull'uso del metilarsino-citro-bismutato sodico in parecchie centinaia di casi mi autorizza a perseguire queste ricerche cliniche ed a consigliare su vasta scala l'impiego di questo sale bismutico in tutti i processi tubercolari.

Questo preparato bismutico oltrechè avere un potere treponemicida e sinergico, presenta sia per l'alto contenuto in arsenico, sia per l'azione del bismuto un'efficacia ricostituente sull'organismo, oltrechè un'attività modificatrice leucocitaria e fibroblastica locale e per queste sue proprietà i composti arsenobismutati sodici e citrobismutati possono essere impiegati oltre che nella sifilide come spirillicidi, anche nella tubercolosi chirurgica ed in altre malattie da protozoari. come nella malaria nella quale in casi chinino resistente e di gravità eccezionale, specie nella malaria cronica, ho avuto dei brillanti risultati con il loro vasto e diffuso impiego.

Nelle forme malariche il tumore di milza, la cachessia, l'anemia cede ben presto alla cura dei sali insolubili di bismuto: risultando essi i migliori e più potenti rigeneratori del sangue ed i migliori eccitatori del globulo rosso e riparatori dell'emoglobina..

La pratica ulteriore e le più estese applicazioni di questi sali bismutici nella terapia delle infezioni croniche e da protozoari diranno se queste mie osservazioni e considerazioni rispondano nella quotidiana esercitazione clinica ad altri trattamenti di malattie similari da un punto di vista anatomopatologico, che potremo chiamare lesioni da granulomi.

In alcuni casi, specie in soggetti giovani, nei quali si accerti che esiste una evidente deficienza di sali di calcio, o negli esemplari in cui la lesione specifica locale indica e richiede la somministrazione di prodotti a base calcarea; allora si può con iniezioni mineralizzanti introdurre per la via intramuscolare o per altra via una data dose di sali di calcio, di silicio ecc., e degne di essere presi in seria considerazione sono i sieri mineralizzanti e l'arsicalcina.

Da quanto ho premesso, risulta come oggi la cura chimica coi varî preparati ha subito un certo nuovo orientamento verso altre mete, le quali vengono meglio raggiunte quando il curante abbia sott'occhio la precisa indicazione di ogni gruppo di preparati similari: e da ciò si desume come non esista una vera terapia chimica antibacillare; ma invece sussiste un trattamento generale con prodotti chimici che ha di mira di aumentare quelle risorse organiche, per le quali la lotta con-

tro le tubercolosi chirurgiche viene trasportata verso un terreno eminentemente biologico ed anatomo-patologico.

La chimica potrà ancora in seguito ritrovare prodotti ancora più attivi, più energici da attaccare anche lo stesso microrganismo patogeno della tubercolosi; ma finoggi le nostre nozioni e le applicazioni pratiche dei varii preparati ci conducono a queste conclusioni di cura indiretta nelle tubercolosi chirurgiche.

c) *Valore e significato della vaccino-siero e proteinoterapia.*

Da quanto ho esposto più avanti, si comprende come di fronte al problema immunologico che le lesioni tubercolari ci tracciano quel genere di lotta che si esplica nelle infezioni acute coi vaccini, coi sieri, con le proteine e le stomasine trova in questi tipi d'infezione cronica bacillare tubercolare una ben differente condizione biologica ed anatomopatologica.

Questo è appunto lo scoglio più grave contro cui ha sempre urtato la molteplice e valorosa schiera degli esperimentatori, che hanno con tenacia degna della più alta ammirazione lottato intorno al problema della sieroterapia e vaccinoterapia nella tubercolosi.

Queste le principali ragioni, le quali hanno spostato il centro dello studio e delle ricerche dal campo della batteriologia e dell'immunologia sierologica verso l'osservazione e la constatazione biologica e biochimica nel trattamento delle lesion bacillari d'indole chirurgica: e qui mi propongo di eviscerare il valore ed il significato, che bisogna dare alla sieroterapia nelle forme a focolaio chirurgico, senza menomamente avere la pretesa di ripudiare il concorso sierologico nel complesso meccanismo di trattamento di questi processi tubercolari.

Le idee, già illustrate in altri miei lavori, sulla potenzialità dei sieri, antitossici ed antibatterici, specifici e polvalenti vengono ancora meglio appoggiate dai risultati quasi negativi che si registrano giornalmente nelle varie forme di tubercolosi a focolaio chiuso; e solo se qualche vantaggio si è ottenuto da qualcuno esso è da riferirsi ad azione puramente proteinica dei sieri medesimi, come ho dimostrato sui miei citati lavori di immunologia nelle infezioni acute.

Nessuna illusione ci siamo fatta sull'efficacia dei sieri antitubercolari; ed abbiamo sempre creduto che la migliore strada terapeutica fosse quella che ho sopra tracciata nei riguardi del trattamento conservativo e demolitore delle tubercolosi chirurgiche; e della cura locale e generale con prodotti chimici e mezzi ausiliari; che tutti finoggi e forse ancora meglio domani, quando la tecnica sarà più perfezionata, ci dànno il migliore affidamento di risultati buoni ed incoraggianti; tanto che la guarigione delle tubercolosi chirurgiche va sempre più assumendo una più alta e sempre crescente percentualità, proporzione questa benefica legata alla maggiore diffusione di queste norme terapeutiche che in questo lavoro sintetico ho voluto sommariamente tracciare.

Rientrando nell'argomento della siero-vaccino immunologia nella tubercolosi, ricordo come per opera della scuola del Remedi è stato usato con buoni risultati il vaccino Martinotti; e dagli studi eseguiti emerge che esso in casi indicati può essere considerato come un agente, che tenda a modificare vantaggiosamente la virulenza bacillare; e dall'altro ad attivare la leucocitosi e tutte quelle difese organiche che conducono alla più intensa azione fibroblastica; ed è sotto questo punto di vista che dobbiamo considerare il vaccino Martinotti, il quale coi suoi tossici specifici, mentre da una parte agisce come qualsiasi prodotto proteinico, dall'altra vanta poteri stimolanti sulle cellule fisse dei tessuti adiacenti al focolaio tubercolare chirurgico.

I benefici effetti, però transitori, della sieroterapia nelle tubercolosi a focolaio chiuso o associativo, io li ho potuti constatare con iniezioni di alte e ripetute dosi di siero normale di cavallo; infatti nei casi più gravi e più minacciosi ho studiato l'azione ed i risultati del siero di cavallo peptonizzato; ed ho potuto constatare come effettivamente nel primo momento si ha un effetto benefico sui fatti generali e talora anche sui locali; ma ben presto si esaurisce la sua efficacia, in modo che è necessario ogni 8-10 giorni praticare altre iniezioni di siero per riattivare lo stimolo proteinico, che però va perdendo gradatamente la sua azione a misura che si allontana dall'inizio della cura.

In media sono sufficienti 30-40 cm. di questo siero normale peptonizzato per giorno, ripetuto per 3 dì; magari con un secondo ciclo di esse dopo dieci giorni circa.

Molto minore invece è l'effetto con le sole proteine; quale il caseol, il peptadren, il caseum ecc.; anche le stomasine antipiogenetiche ed antistreptococciche si mostrano molto inerti contro le forme tubercolari chirurgiche ed al presente sto indagando l'azione delle stomasine antitubercolari da recente adoperate nelle forme polmonari.

In tal modo è da convenire che ancora non siamo in grado di potere contare sulla sola efficacia sicura e prolungata della vaccino, siero e proteino-terapia; solo l'uso del siero normale di cavallo può dare qualche transitorio vantaggio.

Gli studi e le ricerche ulteriori potranno forse assieme ad una più estesa pratica clinica e biologica indurci a migliori risultati; ma quello che oggi preme fare risaltare è che la sierologia antibatterica ed antitossica, resta quasi disarmata ed inerte di fronte al trattamento specifico della tubercolosi umana.

Le conclusioni che si traggono da questa rivista sintetica sono del massimo interesse pratico e nell'accingermi ad esporre i criterî che debbano guidare il chirurgo nel trattamento delle lesioni tubercolari a focolaio più o meno associate ad infezioni acute miste, ho voluto mettere in evidenza metodi e sistemi che non solo corrispondono alla lunga esperienza clinica di tanti studiosi; ma altresì è stato mio intendimento di spiegare, sulla scorta delle lesioni anatomopatologiche e delle constatazioni istocellulari, il processo naturale ed artificiale di guarigione di queste lesioni specifiche bacillari.

Oggi possiamo quindi con sicura fede affermare che le tubercolosi chirurgiche non solo sono suscettibili di cure speciali; ma altresì possono aspirare, se bene e rigorosamente trattate con retti criteri anatomoclinici e con pazienza e rassegnazione, alla guarigione nella massima maggioranza di casi.

Il segreto della terapia antitubercolare e della riuscita benefica e positiva della cura e della guarigione sta nel seguire fedelmente quell'indirizzo di trattamento che ho voluto esporre nei suoi dettagli.

Non v'ha dubbio che il problema terapeutico è complesso; esso richiede infatti delle menti direttive abituate a questo esercizio cerebrale di studio, di indagine, di diagnosi e di accertamenti; di personale specializzato, di ambienti adatti, di mezzi ausiliari numerosi e spesso dispendiosi; ma trattandosi di un problema che investe l'essenza morale, umanitaria, caritatevole e sociale delle popolazioni, è logico e legale che gli Enti interessati, cioè lo Stato, le Provincie, i Comuni, le Opere Pie s'interessino di questa quistione che ha carattere generale, e non particolaristico; per la quale sono in gioco molte sane energie di un popolo.

Se le tubercolosi mediche richiamano l'attenzione di una lotta profilattica intensa per il timore ed il pericolo della diffusione dell'infezione bacillare, quelle chirurgiche implorano dalle menti direttive dello Stato, delle Provincie, dei Comuni e degli Ospedali un'organizzazione terapeutica uniforme, che possa con tassative regole e disposizioni e con istituti specializzati fare fronte alle moderne esigenze sociali per ridare alla vita ed al lavoro, dopo alcuni anni di trattamento specifico dentro i centri di cura antitubercolare chirurgica ed ausiliare, tante energie che se non curate adeguatamente potrebbero perdersi per sempre o potrebbero restare inattive o parzialmente inabili al lavoro, alla produzione ed agli affetti della famiglia.

Questo degli Istituti specializzati antitubercolari pel trattamento delle lesioni chirurgiche merita adunque il massimo interessamento della scienza, della politica e della retta e sana amministrazione, essendo un problema sociale terapeutico del più alto valore; sul quale da anni ho richiamato l'attenzione degli Enti interessati.

La propaganda fra la classe sanitaria sarà quella che meglio potrà valere a stimolare tutti a compiere questo dovere umanitario.

SUNTI E RASSEGNE.

PEDIATRIA.

La diagnosi delle malattie addominali acute nei bambini.

(G. BRYAN. *The Lancet*, 11 ottobre 1924).

Vi sono ovvii elementi di differenza fra le malattie addominali acute degli adulti e quelle dei bambini; queste ultime si presentano talora di diagnosi più facile, tal'altra più difficile. Negli adulti, si potranno ottenere maggiori particolari sull'anamnesi, ciò che è importante per stabilire una diagnosi; in essi inoltre, i sintomi iniziali fanno convergere l'attenzione sull'addome, mentre ciò è eccezionale nei bambini, in cui le condizioni locali sono mascherate dalla tossiemia precoce o da sintomi che fanno pensare a malattie dell'arto inferiore o dell'apparato urinario. L'esame, inoltre, è spesso assai malagevole, mentre poi, ancor più che nell'adulto, si impone la necessità di una diagnosi sollecita, tenuto conto degli scarsi poteri di resistenza del bambino.

METODI OBBIETTIVI DI ESAME. — Fra questi, i più importanti sono la palpazione dell'addome e la esplorazione del retto; vi si aggiungeranno sempre l'esame del torace e dell'urina. Per la palpazione dell'addome, si terranno presenti tre punti principali, cioè la localizzazione della massima dolorabilità, la rigidità localizzata o generalizzata e la presenza di un tumore palpabile. Per rendere più facile l'esame, può essere consigliabile di allontanare i familiari dalla stanza e talvolta di ricorrere ad una leggera anestesia, che si rende spesso necessaria nel sospetto di invaginazione.

Di grande importanza è l'esplorazione rettale, che va sempre usata, quando i sintomi richiamino

l'attenzione sull'addome o sull'articolazione dell'anca. Molti medici esitano davanti à tale metodo che invece, se fatto con delicatezza, dà poco disturbo al bambino, che ha lo sfintere abbastanza rilasciato, mentre poi fornisce indicazioni preziose. Nell'esame dell'urina, si ricercherà particolarmente la presenza di acetone e di pus (pielite).

Le malattie addominali acute nel bambino sono meno numerose che nell'adulto, non trovandosi nel primo le ulcerazioni croniche gastriche o duodenali, le malattie croniche delle vie biliari, i tumori maligni del colon. D'altra parte vi sono malattie proprie dell'infanzia, come l'invaginazione ed i difetti di sviluppo del canale alimentare.

Le malattie di maggiore importanza sono l'appendicite, la peritonite pneumococcica, gli effetti tardivi della tubercolosi addominale, il volvolo, l'invaginazione, l'ernia strozzata, l'ascesso iliaco, la pielite acuta, l'influenza addominale, le coliche semplici e l'acetonemia o i vomiti ciclici.

LE VARIE FORME DI APPENDICITE. — È questa l'eventualità più comune ed importante, in cui il quadro clinico può variare a seconda della posizione che l'appendice occupa. Quando questa si trova nella posizione normale, cioè nella regione iliaca destra, si ha nei bambini un quadro più tipico che negli adulti. Importante è per la diagnosi la successione dei sintomi: dolore nella linea mediana, vomito, dolore a destra, febbre. Spesso questi sintomi sono stati preceduti da infezione manifestatasi altrove, specialmente alle tonsille. Il vomito è talvolta assente, quando l'appendice è retrocolica o nella pelvi; la persistenza del vomito indica la distensione dell'organo e la possibilità di una perforazione precoce. Quando poi il dolore si sposta sulla destra, si manifesta la rigidità della parete. La febbre è più elevata che negli adulti.

La palpazione può dare preziose informazioni sentendosi, con la mano a piatto, l'appendice dolente e rigonfia; si esige però una grande pazienza e talvolta bisogna stare con la mano applicata sull'addome per un quarto d'ora, fino a che il bambino respira profondamente e rilascia i muscoli addominali.

Nell'appendicite addominale, i sintomi possono distrarre l'attenzione del medico dal tratto alimentare, avendosi in questa forma come primi sintomi il dolore e la frequenza alla minzione; si può avere anche diarrea, in causa dei rapporti dell'organo infiammato col retto. Talora si ha il segno otturatorio, costituito dalla produzione di dolore con la rotazione interna della coscia destra flessa. Il bambino si lamenta di dolori alla coscia od al ginocchio di destra, ma non si trova nulla di definito all'esame dell'arto. Invece l'esame dell'addome rivela una lieve dolorabilità ipogastrica e l'esplorazione rettale conferma la diagnosi, trovandosi un'appendice dolorosa nel lato destro della pelvi.

Quando l'appendice è retroileale, si hanno sintomi di occlusione acuta, sebbene non completa, del tenue. Il vomito è grave e continua più a lungo; il dolore è spasmodico e l'intestino tenue, in breve, si distende. Questi due fattori conducono rapidamente all'esaurimento e ad una particolare gravità dei sintomi generali, indicata dalla perdita dei tessuti fluidi della faccia e dall'aumento notevole della frequenza del polso. Il massimo del dolore si trova in prossimità della linea mediana; scarsa però è la rigidità. Questo tipo di appendicite è particolarmente pericoloso, sia per la diagnosi difficile, sia per la mancata azione protettiva dell'omento, che rimane separato dalle anse intestinali, sia per le difficoltà operatorie, sia infine per la facilità con cui si ha, successivamente, una fistola fecale.

Nella forma retro-cecale o retro-colica, manca di solito il vomito iniziale ed anche la rigidità della parete addominale anteriore; quest'ultima si ha, invece, nello spazio ileocostale, dove si può anche notare dell'edema. Dati i rapporti dell'appendice con lo psoas, il paziente va esaminato sul fianco destro; i tentativi di iperestensione dell'anca destra provocano dolore all'addome od al fianco destro.

L'appendice alta, in rapporto col fegato, provoca dolorabilità e rigidità dell'ipocondrio destro, fatti che posson mancare, quando l'appendice si trova in profondità, coperta dal fegato. In questi casi, si hanno difficoltà per la diagnosi con malattie sopradiaframmatiche, perchè si ha dispnea, attività delle pinne nasali e cianosi. Un buon segno per la diagnosi consiste nel dolore provocato dal lato destro dell'addome, con la pressione sui muscoli addominali di sinistra. In questa forma, si può avere entro poche ore la perforazione.

CONDIZIONI SIMULANTI L'APPENDICITE. *Acetonemia.* — Si verifica il più spesso in primavera, in bambini di 3-6 anni, che sono presi subitamente da vomito grave e dà dolore all'addome. Questo presenta dolorabilità generale, con prevalenza dal lato destro. Vi è febbre ed il bambino appare gravemente ammalato, con il viso imbrunito e contratto sotto gli occhi; il pallore generale contrasta con le labbra rosse. La lingua è fortemente impaniata e l'alito dà il noto odore di mele, che talora si sente per tutta la stanza. Il bambino è latargico, ma insonne; si apprende che nei giorni precedenti, si è avuta perdita di energia, anoressia, sete e costipazione. La diagnosi viene confermata dal reperto di acetone nelle

urine. L'A. richiama l'attenzione sul pericolo che vi potrebbe essere in questi casi se si procedesse all'anestesia.

La *pielite acuta* si osserva specialmente nelle bambine; al contrario dell'appendicite, la febbre, spesso con brividi, è un sintoma iniziale; la tossiemia è precoce e grave. Vi può essere dolore sulla linea mediana. La diagnosi si basa sui caratteri dell'urina (acida, opalescente con cellule di pus e batterii).

L'*influenza addominale* si inizia con vomiti e la cefalea come il sintoma prominente.

Nell'attacco di colica semplice e nella costipazione, manca la tipica successione dei fenomeni, non vi è rigidità ed il dolore scompare fra l'uno e l'altro accesso. I sintomi scompaiono con le applicazioni calde ed i clisteri evacuativi.

L'*infiammazione delle ghiandole linfatiche ileocecali* dà sintomi simili all'appendicite; le ghiandole si palpano come una massa non bene definita, protetta dalla rigidità dei muscoli retti, non dissimile dal tumore dell'appendicite. Spesso la diagnosi non si fa che al tavolo operatorio. Nel primo giorno, essa può però farsi con un'accurata esplorazione; quando si vede il malato dopo 2-3 giorni, si osserva che i sintomi tendono a rimanere costanti, mentre nell'appendicite progrediscono o diminuiscono.

L'*ascesso iliaco* si diagnostica per l'assenza dei sintomi peritoneali, la presenza di ghiandole inguinali o femorali ingorgate e di un qualche focolaio d'infezione, o di una recente cicatrice.

Peritonite pneumococcica. — Vi sono casi in cui la malattia progredisce rapidamente verso l'esito fatale ed altri che terminano con la formazione di un ascesso pelvico. La malattia si osserva, di solito, in bambine di 5 anni circa, delle classi povere, in cui l'infezione è ascendente dal canale genitale. Si ha rapidamente delirio e coma; la salvezza può aversi solo con un tempestivo drenaggio del peritoneo. Nei casi subacuti, vi è diarrea, febbre gradatamente crescente, segni di peritonite nella parte bassa. In seguito poi l'ascesso si localizza e può salire fino all'orlo della pelvi. Nei casi cronici, si può fare la confusione con la tubercolosi peritoneale.

La *peritonite gonococcica* si osserva nelle bambine e la diagnosi si basa sulla presenza di vulvo-vaginite e del gonococco.

OCCLUSIONE INTESTINALE. — *Invaginazione.* — Può prestarsi a confusione con attacchi di enterocolite; la diagnosi di questa si fa per l'assenza di intervalli liberi fra le coliche, l'assenza di un tumore e la presenza di sangue rosso, accompagnato da feci sciolte, invece del tipico muco sanguinolento rosso-scuro dell'invaginazione. Le maggiori difficoltà si hanno nella forma enterica, che si presenta con vomiti gravi e continui, con rapido collasso e ritardata comparsa del sangue. Nelle invaginazioni del colon, si ha una forma subacuta, con sintomi generali meno gravi; l'accurata palpazione, rivelando la presenza di un tumore, illuminerà la diagnosi. Ancor più difficili sono i casi di porpora di Henoch, in cui si hanno emorragie dalla parete intestinale. Il paziente può avere sintomi addominali con ostruzione parziale, vi è un tumore nella fossa iliaca destra, dovuto all'infiltrazione dell'intestino col sangue e passaggio di sangue e muco per il retto. La malattia si osserva però in bambini di età superiore a quella in cui si ha l'invaginazione; vi sono petecchie nella cute, segni di emartro, mentre il tumore non presenta la tipica forma e la mobilità dell'invaginazione.

L'*occlusione* da aderenze si osserva in casi in cui vi è stata in precedenza la peritonite tubercolare. Raramente l'occlusione è completa al primo attacco e vi è quasi sempre la storia di malattia antecedente con vomito, coliche, costipazione cessata col passaggio di abbondanti feci. È necessario fare la diagnosi prima che l'occlusione sia completa, poichè l'enterostomia in un bambino dà poche speranze di successo.

Il volvolo sopravviene, di solito, in occasione di un movimento brusco, con i sintomi di ostruzione della parte alta dell'intestino tenue, vomito grave ed ostinato, coliche acute e rapido collasso. Talvolta l'acetonemia è il sintoma principale ed i segni addominali sono mancanti; le condizioni di intossicazione e di collasso possono condurre a gravi errori diagnostici.

L'*ernia strozzata* è rara nei piccoli e può però essere misconosciuta, perchè il vomito e la costipazione stanno piuttosto ad indicare l'occlusione. Le difficoltà diagnostiche maggiori si hanno fra l'ernia omentale irriducibile e le ghiandole inguinali infiammate. Nella prima si può seguire il rigonfiamento fino nell'addome, nel secondo caso, si troverà una lesione cutanea che spiega l'infezione. Comunque, ben pochi casi esigono l'operazione, poichè con fomenti caldi o con clisteri, si può arrivare alla riduzione.

FILIPPINI.

Cause e profilassi delle malattie infettive dell'infanzia.

(C. HERMANN. *New York State Jour. of. Med.*, 1924, n. 6).

L'A. osserva che i bambini, al disotto dei sei mesi, sono relativamente immuni per molte delle malattie infettive dell'infanzia. Tale immu-

nità passiva è trasmessa dalla madre al feto, per mezzo della circolazione placentare; nessuna immunità apprezzabile viene trasmessa col colostro o col latte.

Da uno a cinque anni, i bambini sono maggiormente suscettibili, perchè hanno perduto l'immunità passiva e non hanno ancora acquisita quella attiva, per il contatto con le malattie infettive. Gli adulti invece, sono immuni, perchè hanno avuto tali malattie nell'infanzia, in forma tipica oppure irregolare, oppure hanno acquistato l'immunità per il contatto con i malati.

Molte di queste malattie hanno un'incidenza stagionale; probabilmente la suscettibilità degli individui varia secondo le stagioni. Ciò può essere dovuto alla variazione nell'attività protettiva della mucosa nasale, e questo può dipendere a sua volta da una maggiore o minore attività del sistema endocrino. La maggiore suscettibilità al morbillo, a primavera avanzata, può essere dovuta ad una speciale sensibilità della mucosa nasale in tal tempo.

I bambini con tonsille ipertrofiche o con vegetazioni adenoidi sono apparentemente più sensibili alle malattie infettive, ma la presenza di tale ipertrofia linfoide è piuttosto il risultato che la causa dell'aumento di suscettibilità.

Vi è una grande differenza nel grado di comunicabilità nelle diverse malattie; quasi tutti i bambini sono suscettibili al morbillo ed all'influenza; il 25% lo sono alla difterite ed alla scarlattina, il 75% lo sono alla tosse convulsiva.

Il medico ha soprattutto interesse a conoscere il modo con cui *abitualmente* si trasmette la malattia. Ciò accade di solito per contatto diretto con una persona affetta dalla malattia (in forma tipica od atipica) o con un portatore. Il morbillo, la varicella, l'influenza possono occasionalmente venir trasmesse per breve tratto da correnti d'aria. I diversi oggetti (abiti, cibi) le stanze occupate dai malati hanno un'importanza del tutto secondaria. Il materiale infettivo si trova generalmente nel rino-faringe e l'infezione ha sede a traverso di questo.

Quando non si possa assicurare in casa un isolamento scrupoloso e delle cure adatte, è necessario trasportare il paziente all'ospedale. La disinfezione della stanza occupata dal malato, di solito non è necessaria; basta per lo più la pulizia e la buona aereazione.

Il morbillo è contagioso dall'inalzamento iniziale della temperatura fino all'acme dell'eruzione; basta che l'isolamento si faccia durante tale periodo. Per quanto riguarda la scarlattina, tutti i casi di angina saranno considerati sospetti ed isolati quando tale malattia si verifica in forma epidemica od in un gruppo di bambini. Secondo l'A., tutti i bambini oltre i sei mesi dovrebbero venire immunizzati attivamente contro la difterite, con la miscela tossina-antitossina, omettendo la prova di Schick. La tosse convulsiva è comunicabile solo nelle prime quattro settimane, sicchè è inutile isolare il paziente per tutta la durata della tosse. L'unico modo sicuro di isolamento è quello di tenere il bambino in letto.

La lotta contro tutte tali malattie è difficile in causa del gran numero dei casi leggeri ed atipici e dei portatori, nonchè per il fatto che esse sono trasmissibili in un periodo in cui non sono ancora bene diagnosticabili. Bisognerebbe avere metodi efficaci di immunizzazione contro dette malattie e convincere il pubblico della necessità e dell'utilità di tale pratica.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

A. ROSSI. *Morfologia clinica e Fisiopatologia del cuore.* Un vol. in-8° gr. di pag. 132. Roma 1925, Casa editr. Luigi Pozzi. (N. 17 della Collana Manuali del « Policlinico »). Prezzo L. 15.

Ci è grato di riportare la prefazione apposta dall'illustre clinico di Padova a questo pregevole lavoro:

Il volumetto che il mio valoroso allievo prof. dott. Alessandro Rossi presenta ai medici mi pare soddisfi pienamente allo scopo prefissosi — non ancora attuato da alcuno — di esporre in un quadro, per quanto è possibile chiaro e sintetico, le basi della morfologia clinica in rapporto alla fisiopatologia del cuore.

L'indirizzo costituzionalistico, che in parte caratterizza la medicina moderna, ha esercitato il suo influsso anche nella cardiologia. Esso, è vero, ha fatto appena i primi passi; ma essi sono stati ricchi di risultati. Dare una sintesi di questi risultati e interpretarli con la visione larga di leggi biologiche generali è stato uno degli scopi dell'Autore. Ed egli che a questi problemi dedica da anni la sua attività nella mia Clinica credo abbia raggiunto tale scopo nella prima parte dell'opera.

In quest'ultimo quarto di secolo la medicina, superato l'indirizzo anatomopatologico puro, si è risolutamente inoltrata verso quella concezione fisiopatologica che ha maggiormente avvicinato lo studioso alla interpretazione del fatto clinico per sua natura mutevole da momento a momento e difficile quindi ad essere imprigionato in una formula anatomopatologica, che della malattia rappresenta più spesso la conseguenza ultima. Segnare la via che in questo senso ha percorso la cardiologia, trattare di quegli intimi fenomeni

che regolano l'attività del miocardio e che assumono oggidì la massima importanza nella interpretazione dei fenomeni clinici, condurre, per così dire, il lettore *alle fonti* della fisiopatologia cardiaca è stato altro scopo che l'Autore si è prefisso nella seconda parte dell'opera; scopo che pure credo raggiunto.

Nell'enunciare le leggi che regolano, o che si crede regolino, la morfologia del cuore e la fisiopatologia del miocardio, il Rossi non ha però perduto di vista il campo clinico nel quale dette leggi devono trovare applicazioni. Tale campo, ove domina la personalità dell'individuo coi suoi variabili attributi anatomici e funzionali, non permette che una *relativa* applicazione pratica di esse: opportuno quindi il capitolo in cui chiudendo il suo lavoro, egli tratta del valore clinico delle leggi biologiche in genere e mette in guardia contro la soverchia facilità con cui spesso si crede di poter applicare formule scientifiche ai casi pratici.

Opera modesta di mole, sintetica più che analitica, dà al medico che intende occuparsi di patologia del cuore le nozioni fondamentali di anatomia clinica e di fisiopatologia necessarie per conoscere la moderna cardiologia e per interpretare i fatti clinici del cuore alla luce delle più moderne acquisizioni.

Il volume fa onore a chi lo scrisse e sarà indubbiamente utile a chi lo leggerà.

Prof. L. LUCATELLO

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La tosse ad accessi di origine nasale.

Non è raro il caso che un paziente, il più spesso una donna, si presenti dallo specialista, accusando una tosse, che dura insistentemente da mesi o da anni, secca, violenta, e molto penosa. Essa si produce in seguito ad una leggera variazione di temperatura, di modificazioni del decubito (nella posizione sdraiata), in un'atmosfera di fumo, tabacco, talora senza causa apparente. Qualche volta, ma non sempre, è annunciata da una sensazione di solletico nasale o da disturbi faringo-laringei. Gli accessi, che durano parecchi minuti, si ripetono più volte al giorno. Altre volte non si hanno accessi, ma la tosse è ugualmente penosa.

L'esame minuzioso del malato non rivela nessuna anormalità. Lo specialista trova spesso una faringite, con rossore e varicosità del velo e dei pilastri e con qualche granulazione. Nel caso, si riscontra una leggera ipertrofia dei cornetti: la mucosa è rossa, congesta, molle; la reazione alla soluzione cocaina-adrenalina è variabile. In questi casi si procede, di solito alla cauterizzazione delle granulazioni faringee, con poco o punto risultato. Effetti un po' migliori si hanno con la cauterizzazione galvanica dei cornetti, dopo anestesia con cocaina al 10%. Il malato migliora, ma gli accessi non scompaiono. M. Boutarel (*Paris médical* 6 sett. 1924) in tali casi, procede all'ablazione dei cornetti e cita due osservazioni proprie di malate che avevano tosse ad accessi che durava da anni senza alcun accenno a migliorare, malgrado tutte le cure tentate, in cui la semplice operazione ha portato la scomparsa quasi istantanea della tosse, che non è più ricomparsa. *fil.*

L'asma infantile.

Nobécourt (*Journal des praticiens*, 13 sett. 1924) accorda una scarsa fiducia ai metodi moderni di antianafilassi e di desensibilizzazione, che hanno menato grande rumore, ma hanno avuto scarsi effetti. La prima si pratica facendo prendere mezz'ora prima del pasto con l'alimento sensibilizzatore, 50 cg. di peptone; per la seconda, si danno delle piccole dosi dell'alimento in causa, aumentandole in seguito.

È però necessario trattare contemporaneamente i disturbi intestinali ed epatici. Il regime alimentare non comprenderà che farine, fecole, conserve di frutta; il bianco di uovo sarà proscritto per lungo tempo. Tre volte al giorno, fra i pasti, si darà un bicchiere da marsala della seguente soluzione: Cloruro di magnesio, Solfato di sodio, ana g. 2; Bicarbonato di sodio g. 1; Acqua distillato 1 litro. Continuare per un mese. Buoni risultati si hanno anche coi fermenti lattici.

L'ipereccitabilità del sistema nervoso e specialmente l'ipervagotonia si combatteranno con la belladonna, di cui si prescriveranno, per ogni anno di età, sei decimilligrammi dell'estratto, tre mg. della polvere delle radici, due gocce della tintura. L'adrenalina è utile nei linfatici (5 gocce per anno di età); è bene alternarla con lo joduro di potassio (cg. 10 per anno), dandone per 10 giorni l'una, poi l'altro e facendo seguire altri 10 giorni con la belladonna.

Negli individui deboli, si darà per i 15 giorni seguenti il trijoduro di arsenico (5 cg. in 5 g. di

acqua distillata; due gocce per anno); poi per altri 15 giorni lo sciroppo di joduro di ferro (un cucchiaino per anno).

Dubbia è l'efficacia dei vaccini microbici; migliorie si ottengono con l'idroterapia tiepida e con docce semiscozzesi. Consigliabili sono anche le cure idrominerali.

Contro la crisi di asma, ricorrere all'adrenalina, associata o non all'estratto ipofisario. Si tratterà anche l'elemento catarrale con bagni caldi ed impacchi umidi e freschi del torace, tenendo presente la somiglianza dell'asma infantile con una bronchite capillare a breve decorso.

fil.

Accessi febbrili bruschi e periodici in alcuni tubercolotici polmonari.

Con il lavoro comparso nella *Revue de la Tuberculose* (1924) Burnand e Bothézat richiamano l'attenzione su una particolare forma termica tubercolare caratterizzata da poussées febbrili brusche e periodiche separate da una fase di completa apiressia: tale forma fu constatata in 3 pazienti.

Nel primo caso (tubercolosi fibrocaseosa con caverna) durante il tempo di osservazione si ebbero dieci poussées, cinque delle quali con intervalli uguali, accompagnate in maniera incostante da reazioni congestive nei focolai in evoluzione, con finale aggravamento della tosse, dell'espettorato e dei segni generali.

Nel secondo caso (ulcerofibroso cronico) dal giugno 1921 al giugno 1922 si osservarono 12 poussées separate da intervalli di 23-33 giorni in media. Il trattamento tubercolinico non influenzò in alcuna maniera il ritmo e l'ampiezza delle poussées.

Il terzo tubercoloso (cavitario) fu colpito da sei accessi febbrili periodici, separati, a partire dal secondo, da un intervallo apirettico quasi costante dai 17 ai 20 giorni.

Possono dunque nell'evoluzione della tubercolosi polmonare comparire poussées febbrili, improvvise nella comparsa e nella scomparsa, a grande ampiezza, ad intervalli regolari, con un ritmo fisso che colpisce l'osservatore, in genere con segni catarrali e congestivi a livello delle lesioni polmonari.

Anzitutto, per cercare di spiegare la patogenesi, si potrebbero attribuire agli accidenti che s'è convenuto di chiamare in tisiologia: poussées evolutive marcanti le tappe della tubercolosi polmonare cronica; ma esse sono a defervescenza litica, si accompagnano alla comparsa di nuovi focolai ed a modificazioni leucocitarie. Tali poussées non corrispondono dunque ai fatti osservati. Sono forse fenomeni di ritenzione intracavitari, e perciò periodici pel periodico riempirsi di secreto delle cavità?

Ma in un caso la quantità giornaliera dell'espettorato non mostrò mai modificazioni; in tutti i casi la radioscopia ha mostrato ciascuna volta la caverna perfettamente circolare vuota, invariabile. Nè si possono invocare a spiegazioni delle poussées granuliche o delle scariche bacillemiche: la patologia locale del polmone tubercoloso, di per sè non ci spiega nulla.

Se ci rivolgiamo a cercarne la patogenesi in cause esogene vediamo che le variazioni metereologiche non sembrano avere alcuna importanza: possiamo invece precisare il meccanismo della periodicità delle poussées concependo delle ipotesi una delle quali se in avvenire potesse esser controllata o verificata con metodi precisi, contribuirebbe a delucidare un problema così oscuro.

Ed in primo luogo rivolgendoci alla biologia del bacillo possiamo supporre un ciclo d'evoluzione del b. Kock nell'organismo: in un certo stadio avverrebbe una brusca liberazione di endotossine. Una qual certa comparazione possiamo fare con l'immunità alterante del plasmodio « falciparum », con lo spirillo della ricorrente, forse con l'ameba dissenterica. Le ricadute della malaria sono rese possibili dalla ritmica diminuzione dell'immunità acquisita in corrispondenza della germinazione delle cisti, della comparsa di forme vegetative. L'immunità temporanea corrisponde alle forme cistiche di resistenza, alle semilune.

È questa una ipotesi: l'accesso febbrile segnerebbe periodicamente la liberazione delle endotossine nel ciclo del bacillo segnato dalla sensibilità ai fermenti leucocitari.

Con altra ipotesi si potrebbero le manifestazioni in discorso mettersi in rapporto con alterazioni del ritmo del sistema nervoso vegetativo con predominanza vagotonica o simpatico-tonica ovvero di fenomeni d'immunità alternante. Le prove sperimentali però mancano. MONT.

La gangrena polmonare.

Molti hanno affrontato il problema etiologico della gangrena polmonare, ma le conclusioni cui si è giunti sono assai disparate, essendo stati chiamati in causa germi di varia specie.

Uno degli studi più accurati in proposito è stato fatto da Plaut, il quale ritenne di poter indicare l'associazione fuso-spirillare, che va sotto il suo nome, come causa della malattia. Secondo tale autore l'infezione partirebbe da uno zaffo tonsillare, da una carie dentaria, o da qualsiasi altro focolaio contenente i tipici bacilli proteiformi e gli spirilli. Una prova di tale specificità

sarebbe data dai buoni effetti ottenuti in molti casi usando la terapia arseno-benzolica.

Ma un primo dubbio sorge se si considera il fatto che, in molti casi di lesioni polmonari gravi, con reperto positivo di abbondanti spirilli e bacilli fusiformi, non si giunge affatto alle caratteristiche alterazioni putride della gangrena. Vi sono poi casi di gangrena con detto reperto positivo, nei quali il salvarsan non ebbe alcun resultato, e viceversa casi con reperto negativo, guariti col Salvarsan.

K. Kissling (*Münch. Med. Woch.*, n. 42, oct. 1924) crede dunque, sulla scorta di ulteriori ricerche, di poter riaffermare una sua opinione già da tempo espressa, secondo la quale l'agente etiologico della gangrena polmonare sarebbe lo « streptococcus putridus », da lui ottenuto in coltura pura dagli sputi dei malati, e dal contenuto delle cavità polmonari svuotate coll'operazione.

A sostegno della sua veduta, egli cita il fatto che tutte le lesioni organiche nelle quali si ritrova il suddetto germe sono di tipo putrido; in secondo luogo che questo si trova abitualmente nella bocca, specie nei denti cariati; e infine che nelle forme di gangrena polmonare secondaria a infezione puerperale o a sepsi otitica la presenza del germe è stata dimostrata nel materiale tromboflebitico del focolaio primitivo.

In verità non è riuscito all'A. di riprodurre sperimentalmente la gangrena polmonare per mezzo di germi di colture pure; ma ciò è spiegabile col fatto che non è facile riprodurre prima di ogni altra cosa le alterazioni patologiche del tessuto polmonare, che permettono in secondo tempo l'attecchimento del germe. Quanto alle spirochete e ai fuso-bacilli, non sarebbero che dei saprofiti, giunti nei territori polmonari malati per aspirazione di particelle di materiali vari, non esplicanti però alcuna attività patogena.

Una guarigione spontanea dei focolai di gangrena è stata talora descritta, ma bisogna in tal caso supporre che esistesse un drenaggio naturale attraverso ad un grosso bronco comunicante colla raccolta putrida. Ed è logico ritenere che condizioni simili debbano verificarsi nei frequenti casi riportati di rapide e complete guarigioni in seguito a cura di Salvarsan.

In 9 casi curati dall'A. solo una volta infatti tale trattamento fu sufficiente a portar la guarigione, e le altre volte si dovette ricorrere all'operazione, con la quale si misero in evidenza focolai a sede periferica, circondati da ispessimenti densi della pleura.

Del resto anche il resultato dell'intervento non fu costantemente buono. Bisogna infine rammentare i tentativi, talora ad esito brillante, fatti dai francesi Cheinisse, Weill e Coste, col trattamento misto a base di arsenico e di un siero contenente anticorpi del b. perfringens, del b. dell'edema maligno, del b. settico, uniti ad antitossina tetanica. È probabile che tale siero usato tanto per via endovenosa, endomuscolare, sottocutanea, che per quella intralaringea e transtracheale, agisca con l'azione di una proteina aspecifica.

M. FABERI.

Il trattamento operatorio dell'asma bronchiale.

Tentativi di questo genere sono stati fatti recentemente in Germania. Kümmel nel 1923 ha praticato la resezione del simpatico cervicale sinistro, operazione fatta poi anche da altri, qualche volta con buoni risultati, tal'altra con pieno insuccesso. In realtà, i successi rimangono inesplicabili, tenuto conto che l'asma bronchiale sarebbe sotto il dominio della vagotonia, come lo dimostra anche l'azione benefica dell'atropina e dell'adrenalina.

M. Kappis (*Medizinische Klinik*, 28 sett. 1924) ha invece tentato la resezione del pneumogastrico destro al disotto dell'origine del ricorrente. L'intervento è facile e si pratica con anestesia locale; per anestetizzare anche il nervo, si fa una iniezione endoneurale con novocaina a ½ %.

L'A. ha avuto un caso di morte per emorragia in seguito a lesione della succlavia e due casi di paralisi del ricorrente, che sono poi andati migliorando. Fra gli altri, alcuni sono stati liberati, non solo dalle crisi di asma, ma anche dalla dispnea da sforzo e dai segni di bronchite. Alcuni hanno avuto miglioramenti passeggeri, alcuni sono rimasti stazionarii, alcuni si sono aggravati.

La variabilità dei risultati indica il gran numero di incognite che vi sono in tale questione, e la circospezione con sui si deve agire. Anzitutto, scegliere per l'operazione quei casi in cui tutti gli altri mezzi sono stati inefficaci, ed in cui è da escludere ogni fattore psicogeno. In caso di insuccesso, l'A. ha tentato, e pare con buon risultato, la resezione del simpatico destro col suo ganglio cervicale inferiore e toracico superiore. In un altro caso, però, in cui la simpaticectomia era stata praticata per la presenza di una sindrome vaso-motrice simpatica della faccia, l'A. ha osservato una violenta recrudescenza delle crisi di asma. In complesso, sembra dunque che la terapia chirurgica dell'asma come quella dell'angina pectoris, sia ancora allo stato di tentativo.

fil.

Sul trattamento della tubercolosi polmonare.

Colbert (*Journal de médicine de Paris*, 1924) consiglia il seguente schema di trattamento per un tubercoloso polmonare cronico, non congestivo, non emottoico, con temperatura pressochè normale.

Per i primi 20 giorni, 1) alla prima colazione, Polvere di surrenale cg. 5; 2) al pasto di mezzogiorno, un cucchiaino della soluzione di arseniato di sodio (cg. 5, in 250 cmc. di acqua distillata); 3) al pasto della sera, una delle seguenti polveri: Carbonato di calcio, Fosfato tricalcico, ana cg. 5; Fluoruro di calcio cg. 1.

Riposare per 10 giorni, poi continuare per altri 20, sostituendo le medicine di cui sopra, con le seguenti: 1) Adrenalina, soluzione al 1/1000, gocce X, aumentando salvo controindicazioni. 2) Arseniato di chinino, una pillola da 2 mg. 3) Albuminato di calcio, una polvere da 50 cg.

Riposare per 10 giorni, poi continuare per altri 20 giorni, sostituendo le medicine di cui sopra con le seguenti: 1) Polvere totale di ipofisi cg. 10 (questa medicazione non va fatta se si tratta di una tubercolosa incinta); 2) Liquore del Fowler V gocce; 3) una polvere di Formiato di calcio e Benzoato di calcio, ana cg. 20.

Il trattamento va continuato a lungo.

fil.

SEMEIOTICA.

Alcune ricerche utili per la diagnosi precoce del cancro dello stomaco.

L'interrogatorio del malato mette sull'avviso. Il canceroso gastrico all'inizio ha spesso un appetito capriccioso, diminuito ma che a un certo punto scompare del tutto. Persiste tuttavia nei soggetti giovani o nei casi di ulcere cancerizzate. Questa anoressia è, più che una perdita di appetito, un vero disgusto per gli alimenti, e principalmente per la carne. Inoltre l'ammalato richiama l'attenzione sulla sensazione di ripienezza e di tensione epigastrica con eruttazioni e nausee, ribelli a ogni trattamento. Il dolore è raro nell'inizio del cancro dello stomaco.

Modificazioni dello stato generale. Dimagrimento progressivo, perdita delle forze, pallore rapido non in proporzione coi segni subbiettivi ed obbiettivi: solo più tardi compaiono le ematemesi, i segni di stenosi, ecc. Ogniqualvolta questi sintomi esistano o persistano, e quando l'esame dell'addome non dà dei dati, bisogna ricorrere agli *esami di laboratorio*. La ricerca del sangue nelle feci ha una grande importanza: le emorragie occulte sono spesso un segno del cancro dello stomaco all'inizio, mentre appaiono tardivamente in certe forme del cancro (scirri, infiltrazioni epiteliomatose sottomucose). Lo *studio del chimismo gastrico* da non trascurare, deve essere fatto sul contenuto dello stomaco estratto un'ora dopo un pasto di prova. Nel cancro gastrico all'inizio l'acidità totale è diminuita; e così pure l'acido cloridrico libero e combinato. L'HCl libero scompare assai presto nei cancerosi, all'inizio. La presenza di acidi da fermentazione è un segno assai importante per il cancro, però si ha in una fase un po' avanzata.

Per la *citodiagnosi gastrica* si consiglia di evacuare il liquido da stasi gastrica nel malato a digiuno, poi di fare un primo lavaggio con 250 cmc. di acqua bollita, e quindi un secondo lavaggio con 250 cmc. di siero fisiologico.

Nel centrifugato del liquido, sottoposto al microscopio, si trova nello stadio iniziale dei globuli bianchi e dei rossi. Ma l'elemento più importante, che permette di affermare il cancro, è la presenza di un ammasso di cellule voluminose tipiche. Queste interpretazioni sono ancora molto delicate, e d'altra parte ci è dato avere dati preziosi dalla *radiografia dello stomaco*. L'esame del sangue non va mai dimenticato in caso di dubbio: esso rivela anche nei casi iniziali uno stato anemico con diminuzione del valore globulare.

Occorre appena far notare che tutte queste ricerche hanno un certo valore solo se siano considerate nell'insieme dei risultati dei diversi esami e dell'attenta esplorazione del malato.

(KONINGS. *Le Scalpel*, n. 49, 1924).

PICCINELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. Melchiorri Carlo, Nereto (Teramo):

1) La istologia dell'occhio si trova descritta nel Grande Trattato di GRAEFE SAEMICH.

2) HAAB-TERSON-GUENID: *Atlas-Manuel Ophtalmoscopie*. Parigi, 1900; Baillière et fils, libraires-éditeurs.

3) TERSON. *Chirurgie oculaire*. Baillière et fils.

Non esistono trattati di esercitazioni di chirurgia oculistica sull'animale, che io mi sappia.

PUCCIONI.

Al dott. G. P., di Montagnana:

ARLOTTA. *Terapia chirurgica delle glandole parenchimatose e dell'utero*. Palermo 1922.

D'AVACK. *Terapia generale chirurgica ortotetica e paratetica*. D'imminente pubblicazione.

BIER - BRAUN - KÜMMEL. *Chirurgische Operationslehre*. Edizione 1920, vol. IV, p. 268 e segg., molta letteratura.

VOELCHER-WOSSIDLO. *Urologische Operationslehre*. Leipzig 1924, pag. 462 e segg. CERMENATI.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sulla necessità dei concorsi per i medici ospedalieri.

Si sa che il concorso è la miglior garanzia per la selezione dei candidati, che, per quante raccomandazioni abbiano, devono avere sempre una certa preparazione per essere designati al posto cui aspirano. Intanto in molte piccole città la scelta dei medici ospedalieri non è fatta in base al concorso, che è sempre una garanzia per la preparazione scientifica degli eletti e di conseguenza per la vita dei nostri simili che fiduciosi ricorrono all'Ospedale. Invece detta scelta è lasciata all'arbitrio del signorotto locale, il quale sceglie sempre i medici che più a lui si genuflettono e che naturalmente sono i meno preparati scientificamente. Data la scelta arbitraria dei medici ospedalieri, si capisce che questi devono cambiare col mutare del Sindaco comunale, perchè dati gli odii dei partiti nelle piccole città, è impossibile che i vecchi medici già esperti per la lunga pratica ospedaliera, non vengano *tutti* sostituiti con altri *completamente* inesperti, ma ligi al nuovo signorotto. Da tutto ciò è evidente come i medici cerchino d'imporsi colla forza del proprio partito e non col proprio valore professionale; ma tutto il danno di queste prevaricazioni viene a ricadere sui poveri ammalati che arrischiano la loro vita a medici inesperti, giacchè nelle piccole città devono andare per forza all'Ospedale, mancando una Casa di Salute privata dove poter fare il più piccolo intervento

Intanto per rendere indipendenti i medici condotti e toglierli all'arbitrio dei partiti, sono stati presi varii provvedimenti: perchè non fare altrettanto per i medici ospedalieri, e ciò con molto vantaggio della salute pubblica, della indipendenza e della stabilità dei medici, qualunque sia il succedersi dei partiti al Comune?

Dunque si renda obbligatorio il concorso pubblico anche per i medici dei piccoli Ospeda'i.

Dott. ANGELO MARSELLA

Maglie.

Cronaca del movimento professionale.

Per gli stipendi dei medici condotti.

Riportiamo altre decisioni adottate da GG. PP. AA. (vedi fasc. 1, pag. 35):

Aquila: tre categorie di condotte, a L. 8500, 9500 e 10,500.

Pavia: tre categorie con L. 10,000, 11,000 e 12,000, aumentabili di oltre L. 2000 qualora la sede venga giudicata disagiata e sparsa.

Como: tre categorie con L. 8000, 9000 e 10,000.

Pisa: tre categorie con L. 9000, 10,000 ed 11,000; indennità eventuale di L. 3500 per cavalcatura o di L. 2000 per altro mezzo di trasporto o per disagiata residenza.

Foggia: quattro categorie con L. 8000, 8300, 9000 e 10,000 per i medici condotti e L. 14,000 (Foggia soltanto), 9000, 8000 e 5000 per gli ufficiali sanitari.

A Piacenza il C. S. P. ha proposto la divisione in due categorie con gli stipendi di L. 9500 ed 11,000; indennità di cavalcatura in L. 4500 o di bicicletta in L. 1000 ove siano richiesti tali mezzi di trasporto. Per gli ufficiali sanitari ha chiesto un'indennità di L. 500 per i comuni sino a 3000 abitanti, aumentate di L. 50 per ogni mille abitanti in più.

A Siena il Sindacato medico ha deliberato di insistere per ottenere uno stipendio minimo di lire 8000, 9000 e 10,000 per le tre categorie di condotte che saranno stabilite nella provincia.

Trattamento economico dei sanitari addetti alle carceri.

Ad una interrogazione inoltrata dall'on. Guaccero al Ministro della Giustizia e degli affari del culto è stato così risposto:

« Subito dopo il passaggio al Ministero della Giustizia dei servizi dell'Amministrazione carceraria, formò oggetto di speciali cure e di vivo interessamento il miglioramento delle condizioni economiche pel personale aggregato a detta amministrazione e fin dal dicembre 1923 furono raccolti tutti gli elementi di fatto all'uopo occorrenti.

« Venne quindi proposto un progetto di riforma, che ancora non ha potuto avere attuazione, inquantochè, in base al R. D. 30 dicembre 1923, n. 2994, riguardante i salariati dello Stato, fu dovuta dare la precedenza alla sistemazione di tutto il personale aggregato subalterno, contemplato nelle disposizioni del Decreto stesso. Ora però essendo tale sistemazione imminente, saranno condotti con sollecitudine i lavori necessari per la piena attuazione del progetto concernente le classi più elevate del personale aggregato, fra le quali quella dei sanitari ».

*
* *

Il R. Decr. 1758 del 30 ottobre 1924, stabilendo il trattamento economico del personale aggregato agli stabilimenti carcerari ed ai riformatorii, fissa per il personale medico i seguenti assegni: da L. 2000 a 3000 per 56 di essi; da L. 3000 a 4500 per 50; da L. 4000 a 6000 per 40; da L. 5000 a 7000 per 35; da L. 6000 a 7000 per 30; da L. 7000 a 9000 per 5 (Asinara, Civitavecchia, Gorgona, Mamone e S. Stefano); da L. 8000 a 12,000 per quello di Castiadas; da L. 11,000 a 15,000 per quello di Pianosa.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Sulla riforma universitaria.

Il sen. Queirolo ha inviato alla Presidenza del Senato la seguente interpellanza:

« Al Ministro della Pubblica istruzione per conoscere se nello interesse dell'alta cultura e della efficacia degli insegnamenti universitari di carattere sperimentale e pratico non ritenga opportuno:

ridonare alla Laurea universitaria il suo valore accademico e professionale;

restituire ai Corpi Accademici il diritto di elezione dei propri rappresentanti nel Consiglio Superiore di Pubblica istruzione, del Rettore e dei Presidi, e di conferimento del titolo di « Professore emerito »;

restituire al personale assistente la qualifica di personale di Stato;

modificare l'attuale sistema di nomina dei Professori Universitari;

introdurre nell'ordinamento delle Facoltà di Scienze e specialmente della Facoltà Medica di « numerus clausus » per le inscrizioni degli studenti ».

MEDICINA SOCIALE.

L'Istituzione sanatoriale in Italia e il 1° Sanatorio popolare della Venezia Giulia.

Nell'immediato dopoguerra il problema riguardante l'assistenza ai tubercolotici fu preoccupante in ogni regione d'Italia; lo fu ancor più nelle nuove provincie e nella Venezia Giulia in special modo, dove per la guerra era andato notevolmente aumentando il contributo alto di anime che questa regione, già nel periodo prebellico, sacrificava alla tubercolosi. Aumento che si spiega senz'altro a chi pensa alle condizioni veramente precarie in cui versarono per ben cinque anni le terre redente.

Nel giugno di quest'anno si è inaugurato ad Ancarano d'Istria, il primo Sanatorio popolare giuliano, che prende il nome dal suo fondatore: il Generale Carlo Petitti di Roreto, governatore di Trieste redenta.

L'Istituto si compone di tre padiglioni, due dei quali sorgono in riva al mare a breve distanza l'uno dall'altro, il terzo a 250 metri dai primi verso la collina retrostante. Tutt'attorno l'ubertosa campagna di 70 ettari circa, proprietà del Sanatorio, fornisce giornalmente al dispensiere le primizie della terra. Complessivamente 150 sono i letti riservati all'Opera Nazionale Invalidi di Guerra, alla Cassa Distrettuale per la Assicurazione di malattia dei lavoratori di Trieste, alla Società per la lotta contro la tubercolosi, al Comune di Trieste, ai privati o ad altri Enti che ne volessero approfittare per i loro malati. Salvo alcune camere per otto persone le altre sono di uno, due, tre, quattro letti, rispettivamente e quasi tutte hanno il balcone che permette ai degenti la cura d'aria. E sebbene i padiglioni al mare abbiano le loro verande, la Direzione sta provvedendo alla costruzione di una nuova grande veranda, che si dipartirà a ferro di cavallo dal padiglione al monte. Ed altre e molte trasformazioni sta subendo e subirà ancora il nuovo Sanatorio, che, riservato un tempo quale convalescenzario della Cassa Distrettuale di Trieste, deve rispondere, secondo il fermo proposito del Consiglio Direttivo, nel più breve tempo possibile, a tutte le esigenze di un moderno Sanatorio per malati di petto.

Quanto all'ubicazione del Sanatorio, dopo soli sei mesi dall'apertura, i risultati e i vantaggi conseguiti da tutti i degenti sono vivamente incoraggianti ed io mi riprometto, non appena si compirà un anno di esercizio, di portare dati tali da confermare la mia asserzione di oggi.

Dott. G. A. BATTIGELLI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Proroga a tutto 31 gen. del conc. a direttore del Gabinetto Radiologico.

BREDA DI PIAVE (*Treviso*). — Stipendio L. 8000; c.-v. e indenn. trasporto L. 3500; u. s. L. 700; ore 12 del 15 febbraio.

BRONI (*Pavia*). *Ospedale Civile Arnaboldi.* — Medico chirurgo direttore. Proroga a tutto gennaio. Rivolgersi alla Segreteria municipale.

BUIA (*Udine*). — Scad. ore 17 del 10 feb. Cond. 2° reparto. Età lim. 40 a. L. 8000 fino a 1000 pov.; L. 1000 mezzo trasp.; L. 500 servizio attivo. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

CANNARA (*Perugia*). — A tutto il 31 gen.; due condotte a servizio alterno semestrale; età massima 40; stato di fam.; tassa L. 50.10; stip. lire 7000, oltre la seconda ind. c.-v.; L. 2000 cavalc.; L. 600 servizio attivo.

CASTEL SAN GIOVANNI (*Piacenza*). *Ospedale Civile*). — Scad. 31 gen. Primario medico; L. 7000 pei pov., tariffa per gli abbienti. Età mass. 35. Biennio in cliniche o grandi ospedali. Tassa lire 50.05.

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). *Ospedale Civile di S. Agostino.* — Chirurgo direttore. L. 12000, oltre il 75 % sulle operazioni chirurgiche di qualsiasi genere e sulle visite di ambulatorio, esclusi i malati poveri. Titoli. Tassa conc. L. 50. Sarà titolo di preferenza la libera docenza. Chiedere annunzio. Scad. 8 feb.

CAVOUR (*Cuneo*). — Scad. 31 gen. Stip. L. 4000 (*sic.*) iniziali, 4 quinquenni decimo, L. 1800 trasp., L. 800 se uff. san., primo c.-v. Tassa conc. L. 50.

COPPARO (*Ferrara*). *Ospedale Civile Mandamentale.* — Proroga al 31 gen. dei concorsi a chirurgo primario, medico primario e aiuto chirurgo. I titoli di cui al n. 7 lettere *a-c* del bando saranno tenuti in considerazione di preferenza e non già come indispensabili per l'ammissione al concorso.

CREMONA. *Ospedali Maggiore e Ugolani Dati.* — A tutto 10 feb., titoli ed esami. Dirigente Gabinetto Radiologico: L. 6000 ed indennità c.-v. di L. 1200. Compartecipazioni agli introiti di Gabinetto. Sei anni di laurea, e quattro servizio radiologico presso grande ospedale. Età mass. anni 45.

GROTTE DI CASTRO (*Roma*). — Una delle due condotte. Scad. 31 gen. Situaz. fam. Tassa L. 50,15 al Tesoriere Com. Stip. L. 7000 e 4 quadrienni decimo; primo c.-v. per intero; secondo c.-v. per le sole persone a carico; L. 500 se ospedale e ambulat. Servizio semestrale alterno nelle due condotte. Chiedere annunzio.

MOLINI DI TRIORA (*Imperia*). — Scad. 15 feb. L. 9000, oltre L. 500 servizio ostetrico. Tassa lire 50.20.

PIANCASTAGNAIO (*Siena*). — A tutto il 20 febb. due cond.; L. 6500 nonchè c.-v., oltre L. 3000 trasp.; 8 trienni ventesimo; pov. 500 circa per ogni cond.; ab. 4968. Vaglia di L. 50.15. Età lim. 40 a. Staz. climatica. Chiedere annunzio.

ROCCAFERRARO (*Mantova*). — A tutto 15 feb., 2° reparto; L. 8000 e 5 quadrienni decimo; indenn. integrativa L. 1200 se coniugato, L. 780 se celibe; L. 4000 se uso continuativo cavallo, L. 2500 se non continuativo o motocicl., L. 800 se bicicl. Poveri 432. Età limite 39 a. Serv. entro 15 gg. Tassa L. 50.05.

ROMA. *Cassa Naz. per le Assicuraz. Sociali (Sede Centrale).* — Medico addetto al servizio sanitario presso la Cassa. Scad. 31 genn. Domanda e documenti alla Direz. Generale (Ufficio Personale), via Minghetti 17, Roma, in piego raccomandato con ricevuta di ritorno. Età lim. 35. Specchio dei voti negli esami speciali e di laurea. Documenti che comprovino gl'impieghi e le cariche coperte. Titoli ed esame (sul malato). L. 14,500 nette di imposta R. M., gravate della ritenuta 5 % pel trattam. di previdenza; c.-v. Per annunzio e informazioni rivolgersi all'Ufficio Personale.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nell'Istituto anatomo-patologico; L. 6000; se incarico di lezioni nelle scuole infermieri altre L. 2000; titoli ed esami; età mass. 35 a. Tassa di L. 50 al tesoriere. Docum. al Protocollo non oltre le ore 17 del 10 feb. Chiedere annunzio. Aiuto nella Divisione oto-rino-laringoiatrica; L. 4800. Scad. ore 17 del 26 gen. Le altre condizioni come sopra.

Diffide e boicottaggi.

La condotta medica di Costacciano è boicottata a favore del dott. Attilio Belardinelli (« Il Medico Condotto », 30 dicembre 1924).

Erratum. — Nel fasc. 3, a p. 99, è stato omesso il titolo della comunicazione di E. GREPPI: *Comportamento del Rosso-Congo nella leucemia mieloide e in condizioni normali.*

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alle due cattedre di batteriologia e di parassitologia, istituite dalla Facoltà medica di Roma, sono risultati per concorso i proff. Vittorio Puntoni e Giulio Alessandrini; alla cattedra di elettrologia e radiologia medica, resasi vacante per la morte del prof. Ghilarducci, è risultato, pure per concorso, il prof. Mario Bertolotti.

Dei tre insigni studiosi che vengono ad arricchire il Corpo insegnante di ruolo della Facoltà medica di Roma daremo prossimamente un cenno biografico.

Il prof. Mariano L. Patrizi è stato chiamato a succedere al sen. Pietro Albertoni sulla cattedra di Fisiologia dell'Università di Bologna; ha tenuto il 12 corr. la sua prolusione sul tema: « La misura diretta della fatica nervosa ».

Alla cattedra di clinica dermosifilopatica di Bologna, lasciata dal prof. Majocchi per i limiti di età, è stato chiamato il prof. Leonardo Martinotti.

Alla cattedra di clinica ostetrico-ginecologia di Siena, lasciata dal prof. Gaifami, passato a Bari, è stato chiamato, da Ferrara, il prof. Cesare Merletti.

Il prof. Achille Sclavo, trasferito a sua richiesta dall'Università di Firenze a quella di Siena, è stato dal ministro della P. I. nominato rettore.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Università di Bari

venne inaugurata con grande solennità il 15 di questo mese, presenti il principe di Udine, il ministro della P. I. on. Fedele, il sottosegretario alle comunicazioni on. Panunzio, i delegati di molte Università.

La cerimonia inaugurale si svolse nel teatro Petruccelli; parlarono il commissario prefettizio del Comune gr. uff. Manetti, il rettore magnifico prof. Pende, il prof. Ruggi di Bologna per le altre università e il ministro della P. I. per il Governo, rilevando che si è acceso un nuovo centro di coltura, da cui irradierà il sapere italiano.

Corso di perfezionamento in otorinolaringoiatria.

Presso l'Università di Firenze si terrà un corso di perfezionamento in anatomia, fisiologia e patologia dell'orecchio e delle prime vie respiratorie, della durata di due mesi, a partire dal 10 febbraio, dai proff. Castaldi, Simonelli e Torrigiani. Alla fine del corso, coloro che sosterranno l'esame presso la Facoltà Medico-Chirurgica avranno un certificato di perfezionamento in Otorinolaringoiatria; agli altri sarà rilasciato un certificato di frequenza. Per le informazioni e le iscrizioni, rivolgersi alla Segreteria della Facoltà di Medicina (via Alfani, 33).

Corso di perfezionamento in igiene.

Si terra a Bologna a partire dal 2 marzo e avrà la durata di un bimestre; tassa complessiva L. 390; altre condizioni *more solito*.

Corso di perfezionamento in Clinica delle malattie nervose.

Ricordiamo che si terrà a Roma dal 4 febbraio al 31 marzo; domande non oltre il 31 gennaio. Tassa L. 300.50; sopratasse di esame e laboratorio L. 70.

Trasformazione di cattedre.

Gli statuti elaborati dalle Facoltà di Medicina e di Giurisprudenza dell'Università di Catania stabiliscono che la cattedra di Medicina legale viene trasformata in quella di Medicina legale generale e speciale delle assicurazioni sociali. Nello stesso senso si è deciso all'Università di Genova.

Una provvida iniziativa.

La ditta Wassermann di Milano ha offerto al Rettore di quella Università una borsa annua di L. 8000, a favore di un medico rumeno il quale ne frequenti la Clinica pediatrica e sia indicato dalla Clinica medica di Bucarest.

Il sig. Wassermann, il quale conta al suo attivo altre benemerenze per la scienza e per gli studi medici, ha espresso l'intenzione di estendere, nei venturi anni, ad altre Nazioni, ad altre Cliniche e ad altre Università la sua patriottica iniziativa.

È la prima volta che un industriale italiano compie un'opera tanto illuminata, diretta ad accrescere il prestigio e l'influenza scientifica del nostro Paese.

Fondazione Perrando.

Il prof. Perrando della R. Università di Genova, in memoria della morte dei genitori, ha elargito la somma di diecimila lire per l'istituzione di un premio al miglior lavoro nel campo delle discipline medico-legali.

Tale Fondazione fu eretta in Ente morale, con statuto già approvato dal Ministero della P. I.: essa sarà amministrata dal Rettore *pro tempore* della Università di Genova, che curerà la pubblicazione del bando di concorso, fissando le modalità che crederà più opportune pel conferimento del premio.

Nel giornalismo medico.

Col 1925 la « Minerva Medica » di Torino è da bimensile divenuta trimensile e il suo Consiglio direttivo si è rafforzato di molti clinici reputati: N. Pende e G. Tusini di Genova, B. Rossi e L. Zoja di Milano, G. Viola e B. Nigrisoli di Bologna, M. Donati e L. Lucatello di Padova, G. B. Queirolo di Pisa; ha anche costituito un ufficio di corrispondenza dai principali centri di studio dell'Italia settentrionale.

L'« Archivio Italiano di Otologia, Rinologia e Laringologia » di Napoli, già bimestrale, è divenuto mensile ed ha modificato il carattere, in quanto accoglie ora recensioni e bibliografie della specialità.

Onoranze.

Una medaglia d'oro venne donata al dott. Enrico Lavizzari di Cassano d'Adda, a titolo di riconoscenza per l'opera professionale solerte e preziosa prestata nel corso di un quarantennio alla Congregazione di Carità. Una cerimonia cordiale accompagnò la consegna.

Una manifestazione di stima venne tributata al dott. Salvatore La Rosa, ufficiale sanitario di Caltagirone, in occasione della sua nomina a commendatore. Nell'Ospedale Civile convennero molti sanitari, ammiratori ed amici; parlarono i dottori Carsi, Frangapane e Angelico; rispose il dott. La Rosa ringraziando ed esponendo il programma igienico da lui svolto e da svolgere nella città.

Corsi di medicina per stranieri a Parigi.

Anche per il 1925 sono stati organizzati alla Facoltà medica di Parigi vari corsi di perfezionamento nelle Cliniche generali e speciali, per medici stranieri.

A favore degli studenti bisognosi in Francia.

Il Ministro dell'Istruzione in Francia ha istituito un *prestito di onore* per gli studenti universitari, stanziando all'uopo un fondo di cassa di 2 milioni di franchi l'anno. Il prestito sarà consentito, su domanda degli interessati convalidata da documenti che comprovino lo stato economico delle famiglie rispettive. La durata del prestito è di un solo anno, ma rinnovabile per tutta la durata degli studi. Non si computano interessi. Il rimborso è garantito dalla sola parola d'onore e può aver luogo nel corso di 10 anni dalla data del prestito.

Conferenze d'igiene a detenuti.

Sono state tenute dai proff. Di Mattei e Quagliarello nel carcere giudiziario di Catania.

Un bell'esempio di altruismo.

All'Ospedale Umberto I di Brescia, suor Favorita si è sottoposta volontariamente all'asportazione di lembo cutaneo in lunga striscia perchè fosse innestato su un bambino gravemente ustionato: la buona Suora ha sopportato stoicamente l'atto operatorio senza la cloroformizzazione.

Questo fascicolo risulta di un numero di pagine molto superiore al normale, per fare posto integralmente alla pregevole rivista sintetica redatta dal prof. O. CIGNOZZI.

L'AMMINISTRAZIONE.

LA RUBRICA DELL'AMMINISTRAZIONE.

In occasione del rinnovo degli abbonamenti, ci sono giunti moltissimi giudizi ed apprezzamenti spontanei, i quali provano l'alta estimazione in cui è tenuta la nostra opera giornalistica.

I lettori troveranno legittimo un senso di compiacimento e di orgoglio per questo irrompente favore del pubblico medico italiano.

Crediamo di non peccare d'immodestia nel riportare almeno alcuni dei giudizi pervenutici; essi allietano l'opera nostra e ci stimolano ad elevare sempre più la nostra intrapresa, per renderla degna di sempre più diffuso consenso.

Ai nostri innumeri amici diciamo la nostra gratitudine.

L'AMMINISTRAZIONE.

Il dott. gr. uff. Ignazio Carrieri di Grottaglie (Taranto), scrive:

« Ho 39 anni di esercizio professionale, ho occupato ed occupo parecchie cariche anche nel campo medico, ho larga esperienza di giornali e periodici come collaboratore e lettore, e conto 31 congressi medici nazionali ed internazionali (un vero *record*), quindi il mio giudizio non è quello di un... principiante. È questo periodico il prodotto di un lavoro avvivato di fede e di fervore, è un tesoro di erudizione, è un faro di vivida luce nel mondo scientifico e culturale, è una Rivista che fa onore all'Italia e che nella serietà delle sue rubriche rivela la commossa, ardente e rigorosa operosità dei suoi redattori e del suo editore. Tale è il mio giudizio, schietto e sincero. I migliori auguri per l'incremento della fervida opera *pro humanitate et scientia* ».

Il dott. F. Pestalozza, di Stresa (Novara):

« Invio i miei auguri al *Policlinico* che da 31 anni mi ha accompagnato, consigliato e tenuto in corrente nell'esercizio professionale, sempre redatto in modo migliore per rispondere alle crescenti esigenze del medico pratico ».

Il dott. comm. Carlo Bruni, di Francavilla al Mare (Chieti):

« Il medico che vuole stare a giorno del movimento scientifico non può fare a meno del *Policlinico* per la varietà degli argomenti e per la rapidità delle recensioni. Auguri di prospera fortuna ».

Il dott. Nunzio Ruggero, di Giarre (Catania):

« I migliori auguri di prosperità per il suo *Policlinico*, periodico che tanto valido incremento dà alla coltura medica ».

Il dott. Saverio De Gennaro, di Domodossola (Novara):

« Abbonato da molti anni, non potrei fare a meno di questo viatico di cultura professionale, non ostante la pletora di sempre nuove Riviste, che vedono la luce, e con prezzi e premi allettanti ».

Il dott. Agostino Griot, di Roure (Torino):

« Il *Policlinico* è veramente il giornale medico modello sotto tutti i rapporti e a Lei va data ampia lode ».

Il dott. V. Tamassia, di Villapoma (Mantova):

« Invio gli auguri più fervidi, perchè il *Policlinico*, fonte perenne di cultura ai suoi abbonati, a cui è guida sicura nella difficile arte del guarire, progredisca sempre più ».

Il dott. Alessandro Filippone, di Peccioli (Pisa):

« Ogni giorno più apprendo quale beneficio porti a noi pratici la Rivista che ricevo sempre con maggior entusiasmo. *Ad meliora!...* »

Il dott. Giandomenico Piermarini, di Fontecchio (Aquila):

« Fra i tanti periodici di medicina odierni, il *Policlinico* assurge ad una dignità scientifica d'inestimabile valore. Per noi medici condotti di montagna è un gran sollievo tornare al *Policlinico*, come ad un vecchio amico che ci conforta e ci rasserena nei momenti tristi della nostra « via crucis » professionale. Auguri dunque e molti, oggi e sempre, a questa Rivista che tanto concorre alla nostra buona coltura sanitaria ».

Il dott. Gaetano Lizio Bruno, di Palermo:

« Porgo i migliori auguri per il nuovo anno, rinnovando la mia fervida ammirazione per l'aureo *Policlinico*, al quale auspico sempre nuovi allori ».

Il dott. Giovanni Barbèra, di Mola di Bari:

« Periodico utilissimo e che tiene al corrente. Bisogna che ogni medico lo legga, specie chi non può leggere i grandi trattati ».

Il dott. Francesco Soracco, di Chiavari (Genova):

« I migliori auguri all'ottima Rivista che da venticinque anni è il mio più fedele consulente nell'esercizio professionale ».

Il dott. E. Cingolani, di Vergato (Bologna):

« Per me il *Policlinico* rappresenta il pane quotidiano del medico pratico a cui potranno bensì aggiungersi altre pubblicazioni, ma di cui non è possibile far senza ».

Il dott. Oreste Marino, di Torino:

« Al *Policlinico* da oltre venti anni sono abbonato e lo trovo sempre più interessante ».

Il dott. Lorenzo D'Agata, da Avola (Siracusa):

« Al caro *Policlinico* mi lega un'amicizia riconoscente; mi è stato compagno e consigliere efficace dal primo giorno di laurea. Pur avendo dovuto, per necessità di specializzazione, ricorrere all'abbonamento di altre riviste, il *Policlinico* mi è sempre più caro e indispensabile ».

Il dott. Guido Muratori, di Villanova di Denore (Ferrara):

« ... L'utilissimo e desideratissimo *Policlinico* ».

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Wien. Klin. Wochens, 25 sett. — Resoconto dell'88° Congresso dei naturalisti e medici tedeschi.

Presse Méd., 17 sett. — F. BEZANÇON e A. JAQUELIN. Il pneumot. parziale bilaterale simultaneo. — P. REBIERRE. Persistenza tonica riflessa familiare. — P. DESFOSSES e H. COLLEN. Trattam. delle fratture delle estrem. inferiori del radio. A. BONAIN. Come i suoni pervengono all'orecchio interno.

Studium, 20 sett. — E. RICCI. I ciechi possono sentire la luce. — A. AMORETTI-ATTINA. Paraplegia infer. e disturbi della vescica e del retto in pernicioso malarico.

Ospedale Magg., 30 sett. — C. ZENONI. Voluminoso struma intratoracico, cisto-ateromatoso, pleuro-diaframmatico.

Pathologica, 1 ott. — A. MUGGIO. Produzione sperimentale di proliferazioni endoteliali.

Lavoro, sett. — L. DEVOTO. La famiglia del lavoratore del piombo.

Riv. Ospedal., 15-31 ag. — A. BIANCHINI. Azione dei raggi X sulla coagulaz. del sangue.

Problemi della Nutriz., giu. — R. MONTELEONE. Glicemia, glicosuria e poliuria nel diabete mellito dopo la puntura lomb. — R. BOSISIO. Contenuto in zucchero del sangue. — G. MELLI. Urobilinuria spontanea e provocata sull'insuffic. epat. — C. CIPRIANI e R. MORACCHINI. Diabete insipido e ricambio purinico. — M. LAPENNA. Cure fisiche nelle adiposi.

Estudios Médicos, ott. — R. G. CODERCH. Sulla pediatria. — Casistica.

Rev. Méd. d. Uruguay, lug. — MAY. La mano dal punto di vista medico-legale.

Ann. di Oftalmologia, ecc., 6-7 — G. LO CASCIO. Il senso luminoso nelle parti perifer. della retina. — D. LO RUSSO. Comportam. dei tessuti oculari in pres. di corpi estranei. — P. SPECIALE-PICCICHÈ. Diagn. di corpi estr. nell'occhio e nell'orbita.

Japan Med. World, 15 lug. — T. TANIGUCHI. La teoria della reaz. di W.

Évolut. Méd.-Chir., ott. — R. BLOCH. L'attualità terapeutica in ginecologia. — L. ABRAMOVITSCH. La dualità del « primum movens ». — G. DE PARREL. Profilassi delle affezioni laringee nel fanciullo.

Radiologia Med., ott. — B. GHERARDI. Pleurite mediastinica di difficile interpretaz. — D. VAJANO. Peculiare azione dei raggi ultravioletti. — G. BALDONI. Doppia ernia mediastinica nel corso di un pneumot. art.

Ann. di Ostetr. e Ginec., 30 sett. — R. BOMPIANI. Il pneumoperitoneo transuterino e la pervietà delle trombe falloppiane in rapporto alla sterilità. — F. LORENZETTI. Funzione renale nella puerperalità.

Pensiero Med., 10 ott. — A. MEDEA, V. MASSOROTTI. Per l'igiene mentale.

Pediatria, 15 ott. — M. GIUFFRÈ. Bilirubinemia. — R. POLLITZER e S. RAPISARDI. Recettività del neonato e del lattante verso la scarlattina.

Arch. de Med., Cir., ecc., 11 ott. — L. CHEINISSE. I pericoli degli anestetici locali.

Rinasc. Med., 15 ott. — P. DEL BUONO. Il cancro arsenicale, malattia del lavoro. — A. CARELLI. Cancro professionale. — A. ORO. Bismuto e crasi sanguigna.

Vers la Santé, ott. — A. CALMETTE. L'infermiera visitatrice. — A. MONCRIEFF. Come si misura la salute dei bambini.

Nipiologia, 2-3. — M. ACUNA. La mortalità infant. nella repubbl. argent.

Morgagni, 12 ott. — U. STELLA. Cause determinanti il versam. nel pneumot. artif.

Gaz. d. Hôp., 14 e 16 ot. — Y. BOURDES. I pacchetti glandolari dell'inguine.

Journal A. M. A., 27 sett. — J. HOWLAND, R. W. BOLLING, E. D. CHIPMAN. L'appendicite nei bambini. — N. B. FOSTER. La glicosuria quale succedaneo dell'insulina. — W. C. CAMPBELL. Mobilitazione delle articolaz. anchilosate. — F. L. BURNETT. Dieta e stitichezza.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 2 Febbraio 1925 Fasc. 5

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Sul così detto Morbo del Frisches Haff di Danzica

per il prof. B. GOSIO.

Il nome di *Haffkrankheit* (malattia della rada) sta semplicemente ad indicare la località dove essa ebbe sviluppo, cioè la insenatura lacustre, interposta fra Danzica e Königsberg, e separata dal Mar Baltico a mezzo d'una sottilissima diga (Frische Nehrung) pervia in un unico, piccolo punto, dove sbocca un canale marino.

La classe colpita fu, in grande preponderanza (80 %) di pescatori o di donne che li aiutavano nella pulizia delle reti e delle barche. Si notarono taluni villaggi, in cui parte degli abitanti esercitava la pesca nel mare e parte nella rada: soltanto i secondi contrassero il male. Questo fatto, insieme ad altri, di cui dirò in appresso, localizzava il pericolo alla sola zona dell'Haff.

La casistica si svolse dal luglio all'ottobre, con un massimo nell'agosto e settembre.

L'inizio del morbo si osservò a Zimmerbude e Peyse: poi, man mano, vennero in causa punte più meridionali della costa. Il territorio di Königsberg, diede però alla morbosità il massimo contributo. Si può dire, in complesso, che il teatro dell'Haffkrankheit fu un anello comprendente villaggi delle sponde lacustri, con maggiore minaccia per quelli situati verso terra, ossia posti di fronte alla Frischenehrung, che separa il lago dal mare.

Caratteristica la sintomatologia clinica: dallo stato di perfetta salute si passa a fortissimi dolori, specie alle estremità, ai polpacci ed alla schiena. Le giunture si fanno pesanti e tutti i movimenti costano sofferenze atroci. Poco dopo, subentra una grande spossatezza. Non sempre duole il capo: raro il brivido; rarissimo il vomito. In breve tempo, talvolta già in 2-3 minuti,

i dolori si estendono a tutta la muscolatura del corpo: uniche parti libere la faccia e la gola.

Il carattere del dolore fu mal precisato dagli infermi: si accusarono crampi, stirature laceranti, trafitture, ecc. Dalla morfina non si ebbe sollievo. A codesta sindrome susseguiva ben presto un senso come di paralisi: i pazienti rimanevano rigidi: ogni più piccolo movimento, attivo o passivo, provocava doglie insopportabili: essi giacevano per terra gridando e piangendo ad alta voce. Più di una volta avvenne di vedere in tale stato l'intiera ciurma di barche pescherecce, sicchè, non essendo possibile alcuna manovra di vele e di remi, le barche stesse passavano in completa balìa dei venti e delle onde.

Nelle forme più lievi, i dolori si limitano alle gambe, alle braccia, o ai glutei od ancora ai muscoli pettorali, sì che il respiro si fa superficiale. I muscoli doloranti sono sensibilissimi al tatto. Non di rado si nota una tinta livida alle estremità, fredde oltre misura. La temperatura si mantiene, di regola, in limiti fisiologici. Polso celere e piccolo; nulla a carico degli organi digerenti. Assai tipico, invece, è il reperto a carico della funzione renale. Gli ammalati emettono con gravi difficoltà, e tra sofferenze atroci, un'urina scarsa, bruno-rossastra ed anche nera, che reagisce acida, e contiene albumina fino al 5 ‰. La ricerca spettroscopica vi dimostra una miscela di metemoglobina con ossiemoglobina. Rare volte si riscontrarono eritrociti; spesso, invece, cilindri ialini e granulosi. Una vera ematuria si ebbe soltanto in un caso rapidamente mortale.

Quanto all'indagine microematologica, meritano segnalazione: 1) l'accresciuta leucocitosi, con prevalenza di neutrofili, che diminuiscono col declinare dell'attacco, per cedere il posto ad una relativa linfocitosi; 2) la comparsa dei corpuscoli emoglobinemici di Ehrlich (Rosenow e Tietz).

In genere tutta questa sindrome durava, al massimo, un paio di giorni; poi gli infermi si ristabilivano; ricadevano però non appena riprendevano la pesca nella baia. Taluni pescatori ebbero perfino 7-8 attacchi, sempre guarendo radicalmente di ognuno. Al contrario, nessuno di quelli, che abbandonarono il lavoro nell'Haff, riebbe il male. Gli è così che i 600 casi onde risulterebbe l'epidemia dell'Haffkrankheit (cifra di certo inferiore al vero) figurano distribuiti in 450 individui.

Minima la mortalità; chi parla di 5 e chi di 3 casi in tutto: si pretende, però, che la maggior parte fosse di organismi tarati (cancri, cardiopatie, ecc.).

Non mi dilungo nel campo clinico, essendo mio proposito ricordare soltanto gli elementi fondamentali per individualizzare il morbo, che non avrebbe precedenti. Invece, è mio precipuo interesse porre in rilievo il problema etiologico.

Per i fatti riferiti, dobbiamo riconoscere stretti rapporti della malattia con *specifiche condizioni locali*. Quali possono essere queste condizioni?

Tre sono i concetti principalmente enunciati: *infettivo*, *parassitario* e *tossico*.

Tutte le ricerche batteriologiche, avendo avuto esito negativo, anche nei riguardi a virus filtranti, e non essendosi d'altronde riscontrato alcun parassita, degno di credito patogeno, colle numerose indagini sull'uomo e sugli animali vittime del morbo (gatti, uccelli d'acqua), la maggiore verosimiglianza sta per un avvelenamento. Si pensò da prima alle anguille, che in quei paesi vengono spesso consumate crude: e siccome contengono corpi emolitici, si sospettarono causa dell'Haffkrankheit. Però anche a Königsberg e dintorni si commerciarono e mangiarono in ogni tempo anguille crude, senza conseguenze. Per analoghi rilievi dovette recedersi dall'idea di ictiosismi. Le ipotesi più apprezzate stanno per una genesi idrica, nel vasto senso della parola, e, senza diffondermi, per ora, sulle molteplici interpretazioni avanzate, mi fermo a quella tenuta in maggior conto da vari sperimentatori.

La città di Königsberg ha due grandi fabbriche di cellulosa; esse utilizzano molta materia prima ricca di arsenico (piriti). Tutti i rifiuti delle due fabbriche finiscono nell'Haff. Prima del 1924, il loro scarico seguiva il corso del fiume Prägel; quindi arrivavano al bacino assai diluiti. Dall'anno scorso, invece, tengono la via di una cloaca, il cui deflusso nell'Haff si compie proprio in prossimità delle zone, dove le prime manifestazioni morbose furono segnalate. Gli esami chimici degli sgorghi dimostrarono un notevole contenuto d'arsenico; fino a 0,028 gr. per litro. In complesso, *arriverebbero ogni giorno, nelle acque della baia, circa 56 chilogrammi di arsenico!*

Altre circostanze da segnalarsi per un congruo giudizio sono: *a*) la poca altezza dello strato idrico della baia: in grandi estensioni dei bordi viene a giorno la flora vegetante del fondo; *b*) fino al 1924 sfociava nella baia un braccio della Vistola, portandovi un forte contributo diluitore: dall'anno scorso tale braccio fu intercettato e la Vistola sfocia tutta nel mare presso Zoppot (Danzica); *c*) l'acqua dell'Haff è appena salmastra, dato il minimo ricambio marino; *e*) nell'abbondante vegetazione che tappezza i fondi melmosi del bacino si riscontrarono molte crittogame, che scompongono l'arsenico producendo prodotti volatili (Lentz). Il Lentz, pertanto, dopo aver seguito l'intiero ciclo epidemico, interessandosi ai vari con-

tributi scientifici che hanno rapporto collo studio delle cause, non esita a dichiarare, che, con grande probabilità, l'Haffkrankheit sia un avvelenamento da gas arsenicali d'origine biologica. Secondo lui, vere nubi di codesti gas si genererebbero dall'estesa azione vegetativa di ifomiceti, batterî ed alghe, sui composti eliminati dalle fabbriche: il vento le muoverebbe sulla superficie acquea ed i pescatori, inalandone la caligine, specie di buon mattino, quando maggiore ne è la densità, ne avrebbero subìti gli effetti deleterî.

Oltre ai criteri suesposti, corroborano codesto concetto: la cronologia del morbo, che imperversò nel solo periodo favorevole alle fermentazioni; il reperto considerevole di arsenico nelle urine dei pazienti e nei pezzi anatomici degli animali morti; il fatto dei subitanei attacchi mattutini in quei pescatori, che si chinavano sull'acqua per tirare le reti; l'odore agliaceo avvertito sull'Haff sovratutto nella foschiglia e nei casi, in cui grosse bolle gassose venivano a sprigionarsi alla superficie acquea; i reperti corpuscolari del sangue e quelli metemoglobinurici proprî degli avvelenamenti da PH^3, AsH^3, SbH^3 ed analoghi prodotti. Altri contributi di suffragio, nel senso ora esposto, vengono pure dalla facilità con cui gli infermi si rimettevano lasciando l'atmosfera presunta tossigena, con ovvie recidive nei ritorni ad essa; dal suddetto calcolo di 56 chili di As ogni giorno assorbiti dall'Haff; dal poco ricambio delle sue acque ed, infine, dall'incolumità degli organismi (uomini ed uccelli) che frequentavano atmosfere in grande moto aereo.

Certo, bisogna distinguere la possibilità di un fenomeno, dedotta per via logica, dalla realtà del fenomeno stesso, che non si deduce, ma si constata. E l'epidemia dell'Haffkrankheit durò troppo poco, per concedere il raggiungimento della prova positiva diretta. Ad ogni modo, in base ai varî criteri raccolti, non si può disconoscere, che il convincimento del Lentz e suoi collaboratori, preposti ai servizi tecnici nel Ministero dell'igiene del Reich, sia degno di particolare riguardo, fra le tante probabilità emesse. Qui dunque il punto elettivo della discussione. In essa i tecnici di Danzica e di Königsberg dissentono da quelli di Berlino. Sopratutto avanzano un dato prettamente negativo nella verifica di avvelenamenti a grande distanza dal luogo, in cui i rifiuti arseniferi giungono all'Haff. Nel villaggio di Iungfer (Danzica) si ebbero 19 casi tipici; e siamo a 50 chilometri dagli sbocchi dei rifiuti. In tanto percorso, il vento non riesce a disperdere qualsiasi nube tossigena?

Certo l'appunto ha importanza. E siccome la questione tocca il dominio degli arseniomiceti, sì che taluno vorrebbe definire l'Haffkrankheit come un avvelenamento acuto, istantaneo e massivo da gas delle tappezzerie arsenifere, un tema, a cui lo scrivente dedicò numerose ricerche, non è da stupire, se specie all'Istituto di Königsberg fu assediato di domande rivolte a tre orientamenti fondamentali:

1) Sulla possibilità, che i gas degli arseniomiceti riescano a mantenere il loro potere tossigeno anche ad un'estrema diluzione;

2) Sui sintomi, che tali gas producono negli individui colpiti;

3) Sulla realtà, che, nell'Haff di Danzica-Königsberg, esistano condizioni favorevoli allo sviluppo massivo dei gas in causa.

Le mie risposte furono, e sono tuttodì, molto semplici:

1) I prodotti volatili delle arseniomuffe non sono veri gas, ma bensì dei vapori; e, se si sviluppano in grande misura, è facile si generino vere nebbie, che, a bassa temperatura, mosse da venti non troppo forti, possono raggiungere notevoli distanze, senza dissiparsi, come certi gas asfissianti di uso bellico. Tutto dunque deve subordinarsi al 3° quesito;

2) Nei pochi casi di avvelenamento di laboratorio, avuti nel corso delle nostre ricerche, si notò cefalea, nausee, spossatezza, maggior frequenza e debolezza cardiaca, mai emoglobinuria nè attacchi del rene. Dicasi altrettanto della casistica, registrata nella letteratura medica, degli avvelenamenti da tappezzerie arsenifere. A buon dritto può obbiettarsi, che molto dipende dai quantitativi del vapore ispirato: sicchè anche qui il giudizio passerebbe al 3° quesito. Ma dalla mia impressione, in rapporto alle esperienze compiute (pure nelle condizioni più propizie riusciva difficile uccidere il topolino) dovrei dire, che l'etil arsina da me isolata e studiata da Biginelli, nei riguardi chimici, non è provvista di così alto potere tossico, da spiegare i fenomeni dell'Haffkrankeit. Notevole, invece, è la diversa sensibilità individuale riconosciuta anche da Abel e Buttemberg nel ripetere i nostri studi. Orbene questa varia sensibilità si notò anche nell'Haffkrankheit. Di grandissimo interesse è, al riguardo, un'esperienza di Schnabel dell'Istituto Robert Koch. Egli filtrò per candela l'acqua della baia e poi se ne inoculò cinque cmc., senza apprezzabili conseguenze. Allora ne inoculò un solo cmc. ad un pescatore guarito da un attacco della malattia ed ottenne un nuovo attacco dei più tipici. L'acqua della baia è dunque impregnata di quei principî specifici, forse di natura organometallica dell'As, che noi supponiamo sviluppati da tutta quella fanghiglia vitale (Schlamm) che abbonda nel bacino;

3) Le ricerche mie sugli arseniomiceti seguirono sempre in condizioni di aerobiosi: in assenza di O, si arrestano le loro attività assimilatrici. Per poter dunque ammettere, nell'Haff di Königsberg, condizioni idonee ad uno sviluppo massivo di prodotti tossici volatili, bisognerebbe aver visto *enormi aree scoperte*, in cui i vegetali dell'Haff, ricchi di arsenico sequestrato, esalino le relative arsine. È da chiedersi, se nella magra estiva (luglio-settembre) del 1924 si verificò simile estesissima superficie esalante. Al proposito esistono dubbi. Rimuovendo le cause, potrebbe trovarsi un appoggio probativo *a iuvantibus* ove nel 1925 il fenomeno più non si ripeta. Ma anche questo non è un criterio di certezza.

Tutto ben considerando, se si accoglie la veduta del Lentz e dei suoi collaboratori, vi sarebbe, sì, un'analogia scientifica fra l'attitudine delle arseniomuffe e quella degli organismi vegetanti nell'Haff; penso però, che i prodotti di questi ultimi sieno più complessi e più energici, se devono spiegare la fenomenologia dell'Haffkrankheit.

È noto come, nelle stesse isomerie, basti una minima trasposizione di gruppi per togliere od accrescere l'attività di un composto. Gli è appunto perciò, che esiste una saccarina dolce ed un'altra insipida. Negli strati sommersi dell'Haff, coll'anaerobiosi coadiuvata dal lavorìo simbiotico di tanti vegetali, che si associano e compensano nel misterioso metabolismo del ricambio, potrebbe aversi, in tutto il bacino, un rendimento, per qualità e quantità così ragguardevole, da spiegare le improvvise intossicazioni dei pescatori. Con tal ipotesi concorda il fatto degli odori d'acetilene avvertiti sulla superficie idrica. Il campo, qui, è dunque aperto a nuove interessantissime ricerche.

Conchiudendo, per quanto l'ultima parola non possa oggi pronunziarsi, credo ammissibili questi corollari:

1) L'Haffkrankheit non è morbo contagioso: cadono con ciò tutte le dicerie su una forma pestosa, od influenzale o paralisi infettiva sul tipo di quella del Giappone, ecc. Questo il corollario più importante agli effetti pratici, in rapporto al mio sopraluogo, disposto dal Ministero dell'Interno (Direzione generale della Sanità pubblica) per appurare gli eventuali pericoli, a cui potessero esporre i pellegrinaggi dai paesi colpiti;

2) L'Haffkrankheit è, con somma probabilità, un'intossicazione acuta o subacuta da inalazione;

3) Con minore, ma sempre notevole probabilità, entra in causa, agli effetti etiologici, il cospicuo tasso di materiali arseniferi, che ogni giorno pervengono alla baia e vi trovano condizioni propizie per la genesi di un'atmosfera tossigena, finora difficile a precisarsi.

Circa il meccanismo, con cui questo fenomeno possa occorrere, le ulteriori indagini potranno portare luce più o meno completa.

Infine, torna a proposito l'accogliere il caso di Danzica e Königsberg come profittevole nei riguardi profilattici. Infatti esso dimostra il pericolo, a cui si è esposti, gettando, in bacini chiusi di acque dolci, flussi ricchi di detriti arseniferi.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I DI TORINO.
SEZIONE CHIRURGICA diretta dal prof. sen. A. CARLE.

Su due casi di torsione del funicolo spermatico

per il dott. GIOVANNI MASSA,
assistente e libero docente.

La torsione del funicolo spermatico è sempre argomento degno di interesse, per quanto già conosciuto da tempo, a motivo della possibilità di confusione diagnostica con altre malattie e della necessità di intervento urgente.

Riferirò in breve due casi venuti sotto la mia osservazione:

CASO I. — S. Giovanni, d'a. 14, operaio meccanico, residente in Torino, entra in Ospedale il 15 dicembre 1923.

Ricovera d'urgenza alla sera, verso le 23, accusando vivi dolori alla regione inguino-scrotale destra, insorti, a quanto il paziente riferisce, circa un'ora prima mentre trovavasi seduto a tavolino (senza quindi aver fatto alcuno sforzo), dopo aver atteso tutto il giorno alle sue occupazioni ed essersi recato poi ancora alla scuola serale senza avvertire il menomo disturbo.

E. O. La parte inferiore della regione inguinale e l'emiscroto di destra sono sede di una tumefazione del volume di un piccolo uovo, assai dolente alla palpazione anche leggera, poco tesa, facilmente spostabile verso l'alto: il testicolo destro è situato più in alto del sinistro, ma non è fisso nella sua posizione perchè insieme a tutta la tumefazione può subire degli spostamenti in senso longitudinale: non si riesce a sentir bene l'anello inguinale esterno, sia perchè occupato in parte dalla tumefazione sia a motivo della viva dolorabilità accusata dal paziente. Addome palpabile, indolente: in vicinanza della regione inguinale destra notasi però una maggior difesa della parete: polso buono, 96; ha qualche conato di vomito. Asserisce che il testicolo destro, contrariamente al sinistro, aveva sempre avuto una marcata spostabilità in alto verso l'anello inguinale; non ha mai saputo di avere l'ernia.

Il quadro clinico non è quello d'un'ernia strozzata: però, data l'insorgenza improvvisa dei disturbi, la forte dolorabilità della regione, i conati di vomito, ed escluse malattie dell'uretra o del

testicolo a manifestazioni acute o con possibilità di riacutizzazione, si decide d'intervenire. L'operazione viene eseguita a circa due ore dall'inizio dei disturbi.

In anestesia locale si pratica un'incisione inguino-scrotale, si apre l'anello inguinale esterno, si esteriorizza il cordone che non è accompagnato da alcun sacco erniario: la tumefazione circonda invece il testicolo la cui vaginale si presenta tesa, leggermente fluttuante: la si incide dando esito a pochi cmc. di liquido citrino-roseo: il cavo della vaginale è più ampio del normale e si estende in alto lungo il cordone, senza però che comunichi per un canale peritoneo-vaginale con la cavità addominale, come si appura anche con la specillazione: il testicolo e l'epididimo sono di colore intensamente cianotico, di consistenza alquanto maggiore del normale. Il cordone a circa 2 cm. dalla testa dell'epididimo presenta una torsione di un giro completo (360°), nel senso contrario a quello delle lancette d'un orologio. Si detorce: il testicolo e l'epididimo ripigliano subito la loro colorazione normale. Si nota che gli elementi del cordone sono separati in due fasci, quello dei vasi spermatici inseriti al polo superiore e quello del deferente coi vasi deferenziali inseriti al polo inferiore: si dà qualche punto in catgut per fissare il testicolo alla parete posteriore della vaginale: si reseca una porzione di questa che viene suturata con catgut e si richiude il canale inguinale con plastica alla Bassini. Guarigione per prima: l'a. esce il 24 dicembre 1923.

Rivisto ancora parecchie volte dopo, non ebbe più mai alcun disturbo: il testicolo ha conservato il suo volume e la sua posizione normali e non comparvero mai fatti che potessero far pensare ad alterazioni della nutrizione di esso.

In questo caso tre fatti anatomici sono degni di particolare attenzione: l'ampiezza abnorme della tunica vaginale, la mancanza di fissazione del testicolo alla vaginale stessa come avviene invece normalmente per la riflessione che la vaginale fa al margine posteriore, la separazione degli elementi del funicolo, dimodochè il testicolo con l'epididimo era completamente libero di muoversi e quindi nella possibilità di torcersi.

CASO II. — D. Antonio, d'a. 21; studente; residente a Novi, entra in Ospedale il 6 luglio 1924 per varicocele del testicolo sinistro e tumefazione del destro.

La tumefazione del destro è insorta circa un mese fa dopo una lunga corsa in bicicletta, durante la quale l'a. aveva sentito un vivo, improvviso dolore al testicolo, che in seguito andò via via tumefacendosi notevolmente mentre i dolori non accennavano a diminuire, tanto da costringere l'a. a letto per parecchi giorni. In seguito la tumefazione e la dolorabilità andarono gradatamente attenuandosi.

Al momento dell'ingresso in Ospedale il testicolo ha il volume di una noce, ha consistenza molto dura, è ancora un po' dolente; è fisso in alto subito sotto l'anello inguinale esterno; non è possibile distinguervi il testicolo dall'epididimo. Non esistettero altre cause che potessero determinare malattie del testicolo.

L'intervento mostra una vaginale piena di coaguli e un testicolo di color grigiastro, più piccolo del normale, in via di atrofia. Il cordone è torto nel senso contrario a quello delle lancette di un orologio. Lo si detorce e si conserva il testicolo, cercando di ledere il meno possibile le sue connessioni circolatorie.

Nei giorni seguenti una porzione di testicolo si elimina provocando la formazione di un piccolo ascesso; dopo guarigione, l'organo è ridotto al volume di una mandorla.

Di questi due casi, evidentemente il più importante è il primo che, per il fatto di essere recentissimo, permise di osservare meglio le alterazioni anatomiche, specialmente iniziali; ma da entrambi possiamo dedurre delle considerazioni generali sul quadro clinico della malattia.

Per quanto riguarda l'etiologia noterò subito che tanto nei casi riferiti nella letteratura quanto nei miei, trattavasi sempre di individui giovani: nei casi riferiti non ne ho trovato uno al di sopra dei 25 anni: nei miei le età erano rispettivamente 14 e 21 anni. Sovente interviene un trauma a determinare i fatti di torsione, ma non sono neppure infrequenti i casi in cui il trauma manca: nel primo dei miei casi il paziente era tranquillamente seduto a tavolino, in altri casi pubblicati i fenomeni di torsione si iniziarono mentre il paziente era a letto e talvolta durante il sonno.

Gli elementi predisponenti, più importanti però, sono le condizioni anatomiche della vaginale e del testicolo, e cioè: un'abnorme ampiezza della cavità della tunica vaginale e assai spesso l'estendersi di questa in alto lungo il cordone, una insufficienza o mancanza dei mezzi normali di fissazione del testicolo — allungamento notevole della plica peritoneale (mesorchium) che normalmente lo fissa alla parete posteriore del processo vaginale — dimodochè il testicolo pende liberamente nella cavità della vaginale « come una pera al suo picciuolo », la divisione del cordone spermatico in due fasci, quello dei vasi spermatici e quello del deferente e dei vasi deferenziali con inserzione distinta ai due poli superiore ed inferiore, in modo da formare una specie di largo legamento sospensore del testicolo.

In certi casi vi si aggiunge ancora l'« inversio testis horizontalis », cui il Kocher attribuisce una notevole importanza per l'insorgenza della torsione.

È noto come questo autore distinguesse l'« inversio testis horizontalis » da quella « verticalis », meno interessante la prima perchè difficilmente può dare dei disturbi, assai più importante la seconda sia per la sintomatologia, sia per le conseguenze.

I francesi, riportandosi ad una distinzione stabilita da Sebileau e Lapointe, considerano due

varietà di torsione del testicolo, il « bistournage » e il volvolo: col primo termine intendono la torsione in massa del testicolo e dei suoi involucri fibro-sierosi (vaginale, tunica fibrosa, cremastere); in tal caso « la rotazione dell'apparato funicolo-testicolare avviene al di fuori della vaginale nello strato cellulare dello spazio scrotale », è una forma assai rara e risiede ordinariamente in alto verso il canale inguinale: nella seconda forma il testicolo si torce su sè stesso nell'interno della vaginale; è questa la forma più comune e perciò più conosciuta.

Relativamente al modo di torsione il Lauenstein riteneva di poter stabilire un paragone fra la torsione del testicolo e quella dei tumori ovarici attenendosi ad una osservazione già fatta da Küstner e altri autori, per cui i tumori ovarici di destra si torcono secondo una spirale verso sinistra, quelli di sinistra secondo una spirale verso destra. Cinque casi di torsione del testicolo da lui osservati starebbero in favore di tale ipotesi, analogamente a quanto avrebbe pure notato dopo di lui il Brunzel in altri due casi. Nei nostri due casi, invece un testicolo destro si sarebbe torto secondo una spirale verso destra, cioè nel senso contrario a quello delle lancette d'un orologio.

L'entità della torsione è varia naturalmente secondo i casi: si parla in certi casi di 180°, in altri di 360°, in altri ancora di più di un giro: il Mouchet riferisce il caso di un giovinetto di 14 anni con ectopia inguinale del testicolo destro, in cui si notava la torsione di un giro e mezzo al di sopra della vaginale, di due altri giri nell'interno della vaginale e inoltre « all'unione del corpo con la coda dell'epididimo una specie di interruzione rappresentata da un tratto quasi cellulare che sembrava torto ».

Ricorderò poi ancora che sono riferiti dei casi di torsione dell'idatide del Morgagni, isolatamente o insieme al testicolo e all'epididimo.

Conseguentemente alla torsione il cordone diventa alquanto più corto e il testicolo si sposta in alto.

La conseguenza più importante è naturalmente rappresentata dalle alterazioni di circolo che, per la compressione dei vasi del cordone nel punto della torsione, si stabiliscono nel testicolo.

« Il tessuto ghiandolare del testicolo — dice il Miflet sulla base delle sue esperienze — è straordinariamente sensibile ad ogni disturbo della circolazione nei vasi del cordone » e ogni disturbo tanto dell'afflusso da parte dell'arteria spermatica quanto del deflusso da parte delle vene è seguito da un processo distruttivo del tessuto ghiandolare e da una produzione connettivale. Le alterazioni di circolo si stabiliscono molto rapidamente e la nutrizione del testicolo viene pure in breve definitivamente compromessa. Il testicolo all'inizio diventa tumido, la sua consistenza aumenta e il colore diventa cianotico, nerastro: nei casi in cui furono eseguiti esami istologici si notarono da principio emorragie diffuse e multiple che dissociavano i tubuli seminiferi, i quali in seguito subivano appianamento e distacco dell'epitelio, mentre il connettivo interstiziale andava gradatamente aumentando.

Il risultato definitivo nei casi non operati oppure nei casi operati tardivamente è l'atrofia quasi completa dell'organo.

Per quanto si riferisce alla sintomatologia i trattatisti distinguono una forma incompleta, spontaneamente curabile, e una forma grave che è la più comune. Questa si manifesta con un inizio brusco, improvviso, dolori violenti alla regione inguino-scrotale, disturbi addominali, vomito, meteorismo, arresto della funzione intestinale. Oggettivamente notasi oltre la tumefazione, dolentissima, della regione inguino-scrotale, con arrossamento ed edema, una situazione del testicolo più in alto di quella dell'altro lato e la fissazione di esso in detta posizione.

Tale modificazione di sede del testicolo ha, secondo alcuni autori, specie il Brunzel, che nel 1917 a proposito di due casi da lui osservati vi insisteva, mentre da noi già vi accennava l'Uffreduzzi nel 1909, importanza patognomonica ed è evidentemente dovuta all'accorciamento, consecutivo alla torsione, del cordone; nei nostri casi questo sintomo si notava evidentemente in entrambi, però la fissazione in tale sede riscontravasi solo nell'ultimo in cui la torsione datava da un mese, mentre nel primo caso, recente solo di poco più d'un'ora, il testicolo non era fisso, anzi poteva essere spostato facilmente verso l'alto in modo da subire delle notevoli escursioni: sembra quindi più giusto ritenere che la fissazione del testicolo in alto sia da attribuirsi all'insorgere di fatti infiammatori e cicatriziali che compaiono in secondo tempo.

La diagnosi non è sempre facile, specialmente per il fatto che la lesione che ci interessa può prestarsi a confusione con l'ernia strozzata o con fatti traumatici o infiammatori acuti del testicolo.

La confusione con l'ernia strozzata è tanto più facile in quantochè sovente la torsione del testicolo avviene in casi di ectopia alla quale, com'è notorio, si unisce spesso l'ernia congenita: e la confusione con fatti traumatici è pure facile perchè spesso il trauma può essere l'agente causale della torsione.

Per la diagnosi differenziale è da notare che nell'ernia la dolorabilità e la reazione addomi-

nale sono maggiori, che l'anamnesi rivela pregressi disturbi erniari e che l'insorgenza dello strozzamento è determinata per lo più da sforzi, mentre la torsione del testicolo ben spesso avviene senza alcuno sforzo.

Trattandosi poi di stabilire se si sia in presenza di un trauma o d'un fatto infiammatorio oppure d'una torsione, sarà importante l'anamnesi e l'esame dell'uretra per stabilire rispettivamente l'esistenza o meno del trauma o di malattie precedenti dell'uretra o del testicolo.

Ad ogni modo in tutti i casi gli autori insistono sul fatto della posizione elevata del testicolo che sarebbe, come già dicemmo, patognomonica per la torsione di esso.

La prognosi è diversa a seconda dei casi: di fronte a qualche raro caso in cui fu potuta attuare la detorsione incruenta — in certi casi si parla persino di torsione recidivante che l'a. avrebbe da sè imparato a detorcere — tutti gli altri casi sono fatalmente destinati all'atrofia e quindi alla perdita funzionale dell'organo se non si interviene cruentemente.

L'intervento può essere conservativo o demolitivo (orchiectomia, nel caso che la nutrizione dell'organo sia definitivamente compromessa).

Il primo, che consiste nella detorsione e fissazione del testicolo in posizione normale, deve esser praticato nel più breve termine possibile dall'insorgenza dei disturbi. Secondo le esperienze di Enderlen, la legatura dei vasi del cordone determina effetti nocivi gravi già dopo 16 ore: secondo Putzu il trattamento conservativo è ancora possibile entro le prime 30 ore nella torsione doppia e nelle prime 72 ore nella torsione semplice.

Comunque sia, è impossibile stabilire dei limiti così matematici per tutti i casi: non si insisterà però mai abbastanza sulla necessità di intervenire in ogni caso al più presto se si vuol conservare un organo idoneo alla sua funzione.

I nostri due casi sono esempi chiari a conforto di tale concetto: nel primo, operato due ore dopo l'inizio dei disturbi, si potè conservare un testicolo normale e sano; nell'altro, operato troppo tardi, non si potè evitare l'atrofia.

E veramente dalla letteratura noi apprendiamo che questo precetto è da tutti vivamente consigliato: soltanto che nella pratica non sempre tale regola viene eseguita (fors'anche spesso per motivi extramedici), dimodochè su 48 casi, che io vidi riferiti nella letteratura medica di questi ultimi anni, soltanto due volte fu possibile la conservazione integrale dell'organo, perchè in 33 casi fu dovuta eseguire l'orchiectomia, e in 13 il testicolo conservato cadde in seguito in preda all'atrofia.

BIBLIOGRAFIA.

BAUDET. Bull. et Mém. de la Soc. Anat., 1922, n. 3.
MARGOTTINI. Policlinico, Sez. Chir., 1923, fasc. 2.
MAUCLAIRE et VIGNERON. Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, T. 93, n. 2.
MOUCHET. Bull. et Mém. de la Soc. de Chir., 6 febbraio 1923, T. 49, n. 4.
PIGNATTI. Riforma Medica, 1921, n. 26, p. 605.
RUTOLO. Gazz. degli Ospedali e delle Cliniche, 1923, n. 92.
SEBILEAU et DESCOMPS. *Traité de Chir. clinique et operatoire*. Paris, Baillière.
VANVERTS. Ann. de mal. des org. genito-urinaires, 15 mars 1904.

CONFERENZE.

POLICLINICO UMBERTO I — ROMA.

La sifilide come cagione di malattie croniche nella seconda metà della vita. (1)

Dott. prof. UBERTO ARCANGELI.
medico primario del VII° Padiglione.

È noto a tutti quanto spesso la lue sia cagione di affezioni croniche nell'età matura e nella vecchiaia, ma segnare i confini del suo dominio nella patologia di questo periodo della vita, per quanto interessante ed utile, altrettanto è difficile.

Infatti molte altre cause morbigene possono produrre alterazioni degenerative e sclerotiche dei tessuti, con sintomi somiglianti a quelli prodotti dalla lue: basti ricordare l'arteriosclerosi, la gotta, infezioni acute e croniche sia note, sia mal note, sia ancora sconosciute; intossicazioni varie come l'alcoolismo, il saturnismo, il tabagismo, ecc., ecc.

I danni prodotti da queste cause morbigene non di rado si sommano con quelli della lue, dando luogo a quadri morbosi complessi.

La difficoltà nei singoli casi di giudicare quanto della malattia sia effetto della lue può essere assai grande. Infatti non tutto ciò che si osserva di patologico in un luetico è necessariamente effetto della lue: questa può essere una pura coincidenza: attesa la grande frequenza nella popolazione delle grandi città, sopratutto in quella ospedaliera, nella quale può essere valutata dal 15 al 20 %.

Altra difficoltà del giudizio è prodotta dall'incertezza nella quale spesso ci troviamo per sapere se un malato sia sifilitico o no.

Infatti se noi possediamo argomenti decisivi per dire che un paziente è sifilitico, non ne abbiamo altrettanti sicuri per dire che non lo è.

(1) Conferenza tenuta nella Scuola ospedaliera di Roma il 26 giugno 1924.

Il dominio della prova di Wassermann è più ristretto di quello della lue: mi basta ricordare che un'affezione sicuramente sifilitica, la tabe dorsale non dà più del 60 % di Wassermann positiva nel sangue, e la demenza paralitica, l'affezione sifilitica nella quale la W. è più spesso positiva, dà nel sangue il 10 % di prove negative.

L'insufficienza della prova di Wassermann è maggiore nella lue ereditaria, sia di 1ª che di 2ª generazione, perchè l'esito negativo è il più frequente, e ciò costituisce un grave ostacolo all'interpretazione patogenetica di molte sindromi morbose che assai verosimilmente debbono attribuirsi alla lue ereditaria, la cui importanza è molto maggiore di quello che generalmente si crede.

In questi ultimi anni sono venute in aiuto alla soluzione del problema altre prove sierologiche, modificazioni della W., le quali a mio avviso, non vanno trascurate: alludo alle prove di Desmoulieres e sopratutto a quella di Hecht, la quale spesso riesce positiva dove la W. è negativa, ad es., nel 50 % di lue ereditaria (Leredde), fatto che io stesso ho qualche volta constatato. Ed anche se essa non fosse, come pensa Ravaut, strettamente specifica, il suo valore resterebbe sempre notevole, in quanto che trovare una Hecht negativa accanto ad una W. anch'essa negativa, ci darebbe diritto di escludere con probabilità la sifilide; il che rappresenterebbe un non piccolo vantaggio nella soluzione del problema diagnostico.

Altre speranze possiamo riporre nell'enzimoreazione. Per concludere dirò che non ci dobbiamo contentare della prova di W. anche previa riattivazione, ma dobbiamo utilizzare nei casi dubbi tutte le altre reazioni; e nelle malattie del sistema nervoso dobbiamo praticare tutte le ricerche moderne sul l. c. r., le quali recentemente hanno acquistata tanta importanza per la diagnosi. Infine è necessario ricordarsi che una o più W. negative non escludono la lue, come purtroppo si crede dai profani.

Accertata la lue non è detto che l'affezione di cui soffre il malato sia da sifilide: per affermarlo abbiamo bisogno di altri criteri che non sarà inutile passare brevemente in rassegna.

Il 1° criterio, e certamente il più sicuro, è la constatazione del treponema pallido nelle lesioni; ma questo non si può fare il più delle volte che dopo morte (naturalmente non mi occupo qui della lesione primaria nè delle manifestazioni cutanee e mucose della lue secondaria), tuttavia ricorderò che il treponema è stato trovato nelle urine di nefrosi luetiche, e che l'iniezione di sangue di paralitici generali, nel testicolo del coniglio, ha permesso di constatare il treponema, nell'ulcerazione che ne segue.

Il criterio anatomo-patologico è sicuramente di grande importanza, ma (sia detto col dovuto rispetto agli anatomo-patologi) talora è arrivato più tardi di quello clinico. Non sempre le lesioni anatomiche della lue presentano caratteri di specificità, il qual fatto dal dott. Flandin recentemente è stato indicato con la parola nuova *apeidosi;* alterazioni che un tempo non si ritenevano sifilitiche sono state riconosciute da tutti come tali, e non è escluso che nell'avvenire possa accadere lo stesso per altre.

Molto peso ha il criterio terapeutico: ma va ricordato che non costituisce un argomento di valore assoluto, nè se è positivo, nè, ancor meno, se è negativo.

Non si può infatti escludere in modo assoluto che altre malattie, oltre la lue, si possano beneficare dei rimedi antiluetici, ed è possibile che alterazioni prodotte dalla lue non siano più emendabili dai rimedi specifici; e che i miglioramenti eventuali siano pure coincidenze.

Resta ultimo, ma non meno importante, il criterio clinico statistico che per aver peso deve avere una larga base, e deve essere usato da persone di molta esperienza e non guaste da idee preconcette. A questo criterio si deve se da secoli e da decenni prima delle conquiste moderne della microbiologia, dell'anatomia patologica, della sierologia, sono state indicate come luetiche molte affezioni che in seguito si riconobbero indiscutibilmente come tali.

È dall'insieme di tutti questi criteri che il clinico verrà alla convinzione della natura luetica dell'affezione; in tale giudizio ha gran peso l'esperienza clinica, ed è soltanto per questo titolo che io ho osato affrontare un argomento tanto importante. Passerò quindi brevemente in rassegna le affezioni dei singoli sistemi e dei singoli organi che si possono attribuire alla lue, e nel far ciò per la vastità dell'argomento e per la brevità del tempo, il più delle volte dovrò contentarmi di elencarle semplicemente.

*
* *

1. *Apparato cardiovascolare, sangue, glandole sanguigne.* — Non c'è forse sindrome cardiaca che non possa essere prodotta dalla lue: le alterazioni nella forza, nel numero, nel ritmo delle contrazioni, dall'aritmia extrasistolica alla fibrillazione auricolare, dal blocco incompleto alla malattia di Adams-Stockes. Di questa è la lue la cagione più frequente, e quasi l'unica nelle persone non vecchie: tanto che i casi non dovuti alla lue, sono pubblicati come rarità, come uno, del quale ho letto recentemente, dovuto a miocardite da infezione difterica.

La cura specifica può far scomparire il blocco e ristabilire il ritmo normale.

In presenza di sintomi di miocardite cronica in persona che non abbia sofferto reumatismo articolare acuto e che non sia troppo vecchia, bisogna pensare in prima linea alla lue; ed anche nei vecchi bisogna ricercarla e curarla anche nel semplice dubbio.

L'angina di petto il più delle volte è dovuta alla lue; rari casi sono dovuti alla gotta (noi troveremo la gotta quasi sempre come cagione di sindromi morbose somiglianti a quelle dovute alla sifilide); rari quelli dovuti a tabagismo; meno rari quelli dovuti ad arteriosclerosi senile. Ma anche in vecchi va ricercata la lue e curata, se risulta presente; non si deve rinunziare al trattamento specifico nella supposizione che, essendo l'infezione antica ed il malato assai vecchio, alle alterazioni vascolari della lue si siano sovrapposte quelle dell'ateroma, e non siano più curabili: non si deve mettere a priori un limite all'efficacia della cura specifica. Ricorderò a proposito di ciò un esempio della mia pratica. Un vecchio generale a riposo, a circa 70 anni soffriva attacchi tipici di angina di petto da sforzo: non poteva far più di 300 metri di strada in piano e a passo normale senza essere preso dall'attacco e costretto ad arrestarsi. La lue datava da più di 30 anni ed era stata curata blandamente, come allora si usava. Un trattamento antisifilitico, neppure molto energico, ha fatto scomparire quasi del tutto gli attacchi di angina, il paziente che ora ha 74 anni può fare anche un chilometro di strada senza attacchi.

Un'altra grave sindrome cardio-vascolare è, a mio avviso, dovuta alla lue, l'asma cardiale; cioè gli attacchi parossistici di dispnea intensa con edema del polmone, espettorazione schiumosa e talora tinta di sangue, i quali insorgono improvvisamente nella notte, quasi ad ora fissa, in malati il più delle volte portatori di aortiti con o senza insufficienza delle valvole aortiche, quasi sempre fortemente ipertesi; malati che di giorno non presentano sintomi d'insufficienza del miocardio e che, quasi sempre, possono attendere alle loro occupazioni abituali, almeno nei primi tempi della loro affezione. Da più anni ho rivolta la mia attenzione a questa grave sindrome morbosa, ed ho trovato che la lue non mancava mai: ho forse una dozzina di osservazioni in proposito.

Mi sono domandato se questo dato etiologico non ci rendesse conto della modalità dell'attacco, e non ci fornisse una spiegazione facile per la sua patogenesi: credo di sì.

Si sa che l'attacco è preceduto da un aumento notevole della pressione arteriosa, fatto constatato con misure dirette, e rivelato dalla notevole poliuria che quasi sempre precede ed inizia gli attacchi, specie i primi che sono i più violenti e più tipici. Col progredire del male, come è noto, gli attacchi asmatici sono sostituiti da dispnea permanente che si esacerba la notte, e la poliuria manca.

L'elevazione brusca della pressione arteriosa è stata attribuita alla posizione supina (ipertensione da decubito): ciò è esatto, ma perchè simili attacchi non occorrono in ogni cardiopaziente? perchè soltanto in alcuni, in luogo di un semplice aumento della dispnea abituale, si ha questa sindrome così imponente?

Si è attribuito l'attacco ad accumulo nel sangue durante la notte, di sostanze di metamorfosi regressiva (urea ed altri prodotti azotati) per una minore attività del rene: quest'elemento ci deve entrare per qualche cosa perchè gli attacchi si fanno più lievi se il malato è sottoposto ad un regime latteo-vegetariano; e quasi tutti questi malati hanno i reni alterati o più o meno insufficienti, ma neppure questa spiegazione è del tutto soddisfacente.

Io penso che si tratti semplicemente di attacchi d'ipertensione arteriosa per stimolazione dei nervi pressori, del grande splancnico, per alterazioni luetiche del plesso periaortico che ha rapporti col grande splancnico, stimolazione dovuta all'attività del treponema pallido, in poche parole di un fatto analogo alle crisi gastriche ed altre crisi dolorose dei tabici, le quali pure si presentano quasi sempre di notte, e con le quali gli attacchi d'ipertensione arteriosa e di asma cardiale si associano non di rado.

E che sia così è dimostrato luminosamente dagli effetti della cura. Più volte ho potuto sopprimere dall'oggi al domani, o in due o tre giorni, gli attacchi di asma cardiale in sifilitici con una sola iniezione a dose efficace di 606 o di 914, o con poche iniezioni intravenose di cianuro di mercurio, e senz'altro intervento terapeutico.

Ad impedire il ritorno degli attacchi è stato necessario, come per qualsiasi altro sintomo della lue, ripetere ad intervalli regolari (di un mese e mezzo o due) il ciclo di cura. Così il mistero della patogenesi dell'attacco di asma cardiale mi sembra chiarito: stimolazione dei nn. pressorii per il treponema pallido, ipertensione arteriosa, stanchezza del ventricolo sinistro, attività persistente del destro, congestione, edema del polmone. È la lue la cagione unica di questi attacchi? Dovrei rispondere di sì se mi limitassi all'esperienza mia di questi ultimi 10 anni: ma forse anche la gotta è capace di produrli: anche la gotta ha la specialità d'iniziare i suoi attacchi

di notte: l'osservazione clinica dirà se questa supposizione è esatta.

Conclusione pratica: in ogni malato con attacchi di asma cardiale sospettare la lue; ricercarla, curarla, oltre le solite indicazioni di riposo, di regime, e di cardiotonici, e vasodilatatori.

Come è noto l'aortite, con o senza insufficienza delle valvole aortiche è assai frequente nella lue: talora è la sola manifestazione dell'infezione: i sintomi dell'aortite precedono talvolta per anni quelli della insufficienza valvolare: parla per la natura luetica dell'aortite, a prescindere dall'anamnesi e dalla W. positiva, e dalla presenza di altri sintomi di lue, il timbro squillante, come dicono i Francesi claugoreux, del 2° tono aortico, ed una sensibile dilatazione del lume vasale: quando questi sintomi non sono manifesti molto, e si tratta di persone già avanti con gli anni è difficile giudicare se un'aortite sia luetica o semplicemente ateromosica.

La presenza d'un'insufficienza aortica parla decisamente per la lue. È assai dubbio che esista un'insufficienza aortica per ateroma, perciò in presenza d'un'insufficienza aortica, se si può escludere una endocardite reumatica o streptococcica, non ci resta che pensare alla lue.

Tuttavia debbo dire che in qualche caso non si riesce a scoprire la lue acquisita: in questo si può trattare, a mio avviso, di lue ereditaria: anzi la eredità di malattie di cuore, quando non è la predisposizione ereditaria al reumatismo articolare acuto, (predisposizione che pure si osserva), il più delle volte è lue ereditaria. In qualche malato con insufficienza delle valvole aortiche, che non aveva avuta sifilide, ho potuto scoprire la lue ereditaria, in altri ho potuto sospettarla.

Ricordo la storia di una famiglia: padre robusto m. a 55 anni per insufficienza aortica; madre sana m. a 70 anni circa per rammollimenti cerebrali; 6 figli n. a termine e robusti, nessun aborto; dei 6 figli 1 m. di morte violenta, i 5 restanti morti tutti di mal di cuore tra i 50 ed i 63 anni. Uno per insufficienza aortica senza che avesse contratta lue, con più prove di W. negative, uno di *angina pectoris* sui 50 anni (senza lue acquisita); uno di miocardite cronica sui 60 anni, (aveva contratta lue); uno a 63 anni di morte improvvisa assai probabilmente per angina di petto: non aveva contratta lue; un altro, (una donna con marito sano e figli sani), per aortite; l'unico segno che poteva far sospettare la lue ereditaria in questa erano gl'incisivi superiori piccoli e distanti tra di loro.

Frequente è l'aortite come unico sintomo di sifilide nelle mogli o vedove di sifilitici, le quali hanno avute delle gravidanze terminate sia con aborti (anche di pochi mesi), sia con feti vivi con caratteri eredoluetici od anche apparentemente sani, e che non hanno mai presentato manifestazioni della lue. L'aortite per solito non è grave, l'insufficienza delle valvole aortiche manca il più delle volte, la dilatazione è modica, ma c'è l'ipertensione arteriosa, qualche dolore retrosternale, e a completare il quadro, non rari mali di testa. La W. per lo più negativa, o debolmente positiva, o con un semplice ritardo dell'emolisi: non ho mai avuto l'occasione di praticare in queste malate la reazione di Hecht, ma non andrebbe trascurata.

Si tratta evidentemente di una sifilide da concepimento assai attenuata, della quale l'aortite rappresenta l'unica, o quasi l'unica localizzazione.

E perchè in casi simili non è rara la polisarcia, la gotta ed il diabete (il quale però si deve spesso riferire etiologicamente alla lue), e si tratta il più delle volte di donne sulla cinquantina o al di là, si può restare spesso in dubbio sulla natura luetica dell'aortite. Ma la notizia sicura di lue maritale, e di concepimenti comunque terminati, ci deve far propendere per la diagnosi di aortite luetica, e ci dà l'indicazione per la cura specifica, la quale tornerà il più delle volte assai efficace, anche col solo ioduro di potassio, il quale deve la sua grande reputazione nelle malattie del cuore e dell'aorta, essenzialmente alla natura luetica di molti casi di dette affezioni.

Anche altri vizi valvolari, oltre l'insufficienza aortica, possono essere prodotti dalla lue: ricordo rari casi d'insufficienza mitralica e di stenosi dell'ostio venoso sinistro; rarissima è l'insufficienza delle valvole della a. polmonare, meno rara la sclerosi di detta arteria e dei suoi rami che si appalesa con intensa cianosi (i cardiaci neri dei francesi); il processo sclerotico si diffonde ai piccoli rami intrapolmonari, donde l'insufficiente ematosi e la cianosi senza fenomeni gravi di stasi nella grande circolazione, il che dimostra sempre più l'indipendenza della cianosi dalla stasi venosa periferica; in uno di questi casi, da me veduto recentemente, la pressione venosa misurata col manometro alla piega del gomito, non era sensibilmente aumentata, mentre la cianosi era delle più intense che abbia mai vedute. Ricorderò i casi rari, ma non rarissimi, di pericardio-mediastinite callosa da sifilide.

È ormai ammesso da tutti che gli aneurismi dell'aorta e delle grosse arterie siano sempre o quasi sempre da sifilide. I pochi di origine micotica rappresentano una rara eccezione, così che vengono pubblicati, come quello illustrato recentemente dal prof. Marchiafava e dal prof. Nazari,

per aortite tifosa dell'aorta addominale, nell'illustre statista rumeno Take Ionnescu.

È interessante la storia delle opinioni mediche a proposito di aneurismi. Gli antichi, Greci e Romani, non conoscevano che gli aneurismi traumatici; prova di più, se ce ne fosse bisogno, che non avevano la sifilide; i primi aneurismi spontanei furono descritti nella prima metà del secolo XVI, pochi anni dopo la comparsa della sifilide in Europa, per opera del famoso chirurgo francese Ambroise Parée, il primo chirurgo che allacciasse le arterie; e Parée dice espressamente che gli aneurismi si osservano in quelli che hanno sofferto la « grande vérole ». La stessa opinione troviamo espressa dai grandi medici del settecento; il nostro Lancisi dice chiaramente che l'aneurisma aortico è prodotto dal « gallicus humor qui fundit mediam arteriam » la mesoarterite dei moderni!

Ma questo giusto concetto si era perduto: la dottrina dell'arteriosclerosi aveva sommerso quella della aortite sifilitica, e fino a 20-24 anni fa non si parlava più di lue per gli aneurismi e per l'insufficienza aortica.

Io che per più anni ho ascoltato la feconda parola di Guido Baccelli sugli aneurismi, non ricordo avergli mai inteso dire della natura sifilitica di essi; ed il mio compianto maestro prof. Rossoni, che curava con successo gli aneurismi con dosi colossali di ioduro di potassio, non attribuiva, (almeno nel tempo in cui io era presso di lui), i benefici della cura alla natura luetica dell'affezione, ma ad un'ipotetica azione dello ioduro sulla viscosità e coagulabilità del sangue e sulla pressione arteriosa. Tanto può la moda anche in medicina! Ci sono voluti gli studi anatomici della scuola di Heller, ed i risultati delle prove di Wassermann sistematiche, per accertare quello che gli antichi con la semplice osservazione clinica avevano meravigliosamente intuito.

A proposito di prove di Wassermann, dirò che da quando in ogni caso di aneurisma la faccio eseguire, non ne ho trovato uno solo in cui non fosse positiva: praticamente dunque quasi ogni aneurisma delle grosse arterie è da sifilide.

È superfluo forse dire che la lue è cagione frequentissima di arteriti obliteranti e delle manifestazioni cliniche, variabili secondo la sede e l'importanza delle arterie, che ne conseguono.

La claudicazione intermittente (o disbasia angiosclerotica) qui da noi è quasi sempre d'origine luetica; qualche volta i malati sono nello stesso tempo diabetici (il diabete stesso è conseguenza non di rado della lue) o tabetici. Sembra che in Germania non si dia la stessa importanza alla lue, come causa di detta malattia, e se ne dia più all'abuso del tabacco: in Russia ed in Polonia, alla predisposizione di razza (i malati sono per lo più ebrei), al freddo umido ed alla cattiva alimentazione.

Anche le vene possono essere colpite; si può osservare in esse una sclerosi diffusa con ingrossamento della parete e talora con dilatazioni, specie negli arti inferiori: a proposito ricorderò che per mia esperienza, le così dette ulceri varicose delle gambe, sono il più delle volte delle ulceri sifilitiche croniche in persone che hanno le varici: questo ho potuto provare in modo indubbio in molti casi non solo dimostrando la sifilide nel paziente (il che non sarebbe prova sufficiente) ma guarendo rapidamente con la cura specifica (salvarsanica sopratutto) malati curati invano per anni ed anni con il riposo e le cure locali. Questo va ricordato.

* * *

Resta a parlare del sangue e degli organi ematopoietici. Si sa che la sifilide da sola può produrre un'anemia a tipo pernicioso; quando manca il botriocefalo, si deve pensare alla lue: l'anemia delle gravide a tipo pernicioso è spesso una anemia per sifilide da concepimento; se ne ricordino gli ostetrici.

L'ittero emolitico è, per consenso quasi universale, dovuto a lue ereditaria; può svilupparsi e persistere in persone dopo la trentina, come io ho veduto in alcuni casi.

Dopo gli studi di Murri si sa che l'emoglobinuria parossistica da freddo è dovuta alla sifilide. Qualche caso di clorosi cronica che persiste nell'età adulta è forse legata a lue ereditaria e ad alterazioni luetiche di glandole endocrine e degli organi ematopoietici; recentemente ho veduto un caso di porpora cronica terminato con emorragia cerebrale in un eredosifilitico.

In tutti questi casi di malattie del sangue è doveroso ricercare la lue, e curarla a dovere. Dirò di passaggio che le cure salvarsaniche fatte con prudenza e a dosi progressive mi sono riuscite sempre assai efficaci: da evitarsi le dosi iniziali forti che possono non essere ben tollerate.

La splenomegalia è un sintomo comune della lue ereditaria: ma si può ugualmente osservare in quella acquisita: talora insieme ad ingrossamento del fegato ed a nefrite (triade di Fournier). Ho veduto un malato sulla quarantina con milza assai grossa, febbre intermittente, fegato leggermente ingrossato, senza nefrite, trattato da altri a lungo come malarico, che non era malarico, ma sifilitico: guarì rapidamente con una cura specifica, per recidivare dopo molti mesi dalla sospensione della cura: ripetuta una cura energica, guarì stabilmente.

*
* *

Apparato respiratorio. — La sifilide del polmone non è così rara come sembra; il più delle volte non si diagnostica, e passa per tubercolosi: ogni volta che in un malato con sintomi polmonari somiglianti a quelli della tubercolosi, non si ritrovino con ricerche ripetute i bacilli, e non si palpino gangli ascellari ingrossati, si sospetti la lue polmonare, si facciano le ricerche necessarie anamnestiche, obbiettive, di laboratorio, ed anche nel sospetto s'istituisca una cura a preferenza salvarsanica; non solo per la maggiore efficacia di questa contro la lue, ma perchè utile, come cura arsenicale, anche nella tubercolosi, ove questa esista o sola o mista alla lue, perchè è ovvio pensare che la tubercolosi polmonare si può sviluppare e non di rado si sviluppa in soggetto luetico. I resultati rapidi della cura dimostreranno la natura luetica dell'affezione. Può essere utile alla diagnosi l'esame microscopico dell'espettorato che mostra, oltre l'assenza del b. di K., alterazioni speciali dei globuli bianchi; e l'esame radiologico, ma la massima importanza l'avrà il criterio terapeutico.

Anche le bronchiti croniche sono spesso luetiche: lo ricorda Leube nell'aureo libro della diagnosi speciale, ed io posso confermarlo per mia esperienza. Specialmente nelle bronchiti croniche con asma che si sviluppano dopo i 40 anni si deve sospettare la lue. Già da anni (1914) ho richiamata l'attenzione dei medici su questo fatto. Dopo di me, il Leredde, se non erro, scrisse che l'asma è per solito dovuto a sifilide acquisita nell'adulto, ereditaria nel bambino; ed io sono dello stesso parere. Nei bambini e nei ragazzi vegetazioni adenoidi, asma, ozena, debbono farci sospettare la sifilide ereditaria, sia di prima che di seconda generazione. Non escludo che la gotta, malattia anch'essa ereditaria, possa generare l'asma, ma ritengo che in presenza di un'asma, ed anche più in presenza di una bronchite cronica, comparsa nell'età adulta, con asma, bisogna in prima linea pensare alla sifilide. Gli esiti, talora brillanti, delle cure iodiche nell'asma sono forse dovute unicamente alla natura luetica di esso: ed è perciò che non sempre riescono utili: (asma di altra origine).

A mio avviso la lue non è senza importanza nella determinazione delle alterazioni dovute alla pneumonoconiosi. Come un trauma può favorire la produzione di una gomma della tibia o dell'osso frontale, così la pneumonoconiosi può favorire lo sviluppo di una bronchite luetica o di siflide polmonare. Mi sono persuaso di ciò curando da più anni operai fornai: non tardai ad osservare il fatto che sebbene tutti fossero più o meno esposti ad inalare polvere di farina, soltanto pochi ammalavano di bronchite cronica con asma ed enfisema, e questi pochi erano tutti o quasi tutti, sicuramente sifilitici: e vidi che le energiche cure antisifilitiche (il salvarsan sopratutto) davano rapidi successi con soppressione degli attacchi asmatici, come non si otteneva con le abituali cure.

Nessun dubbio che la lue abbia dunque parte principale in queste malattie del polmone; ed è lo stesso per la produzione dell'enfisema polmonare di alto grado.

Ricorderò appena, per terminare, le non rare laringiti croniche sifilitiche, le gomme della trachea, dei bronchi, le perforazioni del setto nasale, le rarissime pleuriti callose da lue e le meno rare pleuriti essudative del periodo secondario della lue.

*
* *

Apparato digerente. — Accennerò appena alle malattie del palato e dell'esofago da lue, perforazioni del primo, stenosi del secondo, per discutere l'importanza della lue nelle affezioni dello stomaco e del duodeno. Sono noti molti casi di sifilide gastrica con formazione in alcuni di tumori per gomme della parete, e con stenosi in alcuni del piloro, il più delle volte scambiati per cancro e come tali operati. Il compianto nostro collega prof. Cimoroni ha illustrato non molti anni fa, sei di tali casi venuti all'operazione, e dimostrata la natura luetica di essi per le alterazioni caratteristiche anatomo-patologiche.

Ciò che è discutibile se tutte le ulceri gastriche e duodenali croniche siano o no sifilitiche.

Castex, il clinico di Buenos Ayres, in un libro recente, ha sostenuto la tesi che l'ulcera gastrica e duodenale cronica è sempre da sifilide, o acquisita, o ereditaria. Non mi arrogo il diritto di giudicare su questa tesi: ho veduto malati con ulcera cronica duodenale prendere la sifilide, ciò però non prova che non potessero essere dei sifilitici ereditari perchè, come è noto, questi possono contrarre lue per conto loro (sifilide doppia), e presentare anche manifestazioni gravi. Ho veduto non poche ulceri gastriche e duodenali in sifilitici, per lue acquisita, ed in qualcuno che ho potuto seguire, ho veduto scomparire i sintomi dell'ulcera duodenale che datavano da molti anni (in uno da 25 anni) e durevolmente, dopo un trattamento antisifilitico: ma perchè ciò avvenga è necessario che la cura specifica sia ripetuta a brevi intervalli (ogni 2-3 mesi), perchè questa localizzazione viscerale della lue, come le altre, ha tendenza a recidivare dopo la sospensione della cura specifica. Certamente chi vede le gravi deformazioni di uno stomaco a clepsidra

per stenosi mesogastrica, o le devastazioni di un'ulcera penetrante del duodeno non può fare a meno di pensare alla lue e paragonarle con i guasti di un aneurisma aortico: in qualcuno di questi casi ho scoperta la lue: ma soltanto ricerche sistematiche e statistiche estese potranno permettere di dire l'ultima parola sulla questione. Il mio aiuto prof. Gargasole, per mio consiglio, si è accinto a questo compito. Intanto non voglio omettere di ricordare quello che un chirurgo di larga esperienza, il prof. Puccinelli, mi diceva in proposito, cioè che in molti casi di ulcera duodenale, l'esame istologico dei margini escissi durante l'operazione, gli aveva fatto constatare alterazioni delle pareti arteriose con tutti i caratteri delle arteriti luetiche.

Concludendo: in ogni caso di ulcera gastrica o duodenale cercare la lue sia acquisita, sia ereditaria, ed anche nel sospetto, istituire una cura specifica energica: risparmieremo così molte operazioni quasi sempre gravi e spesso inutili perchè seguite da recidiva.

La sifilide dell'intestino è rara: sono ricordati casi di sigmoiditi sifilitiche: più frequente è la sifilide del retto, la così detta stenosi rettale sifilitica o proctite stenosante ulcerosa. Bisogna avvertire che non tutte le stenosi rettali sono sifilitiche: alcune sono blenorragiche: altre, assai rare, dissenteriche, ma anche quando la stenosi è sifilitica ha per causa determinante il trauma locale prodotto dal coito per anum. È questo un altro esempio dell'importanza dei traumi per produrre una localizzazione luetica.

In 14 casi di stenosi rettali da me osservati in donne nell'ospedale di S. Giovanni, in 13 ebbi dalle pazienti la confessione della pratica innaturale. Ecco perchè l'affezione è di gran lunga più frequente nelle donne, sebbene la sifilide sia più frequente negli uomini. Pochi casi in questi ho veduto di stenosi rettale sifilitica, in uno potei avere la confessione delle pratiche pederastiche passive, negli altri si potevano sospettare, atteso che la maggior parte apparteneva ad una classe di persone nelle quali detto vizio è meno raro, quella classe a cui allude Brunetto Latini quando al suo grande discepolo dice:

Insomma sappi che tutti fur cherci
E letterati grandi e di gran fama
D'un peccato medesmo al mondo lerci.

Le alterazioni del *pancreas* non sono molto rare nella lue e possono aver per conseguenza il diabete mellito: è perciò opportuno discutere i rapporti tra lue e diabete.

Recentemente i dottori Labé e Touflet in uno studio accurato sulla questione concludevano che tutto sommato il diabete sifilitico è raro. Non posso sottoscrivere questa conclusione: è mia convinzione che il diabete da sifilide non sia raro: certamente la lue non n'è la causa unica, come è per la tabe dorsale. L'alcoolismo cronico, l'ipernutrizione, la polisarcia e la gotta sopratutto (anche qui troviamo la gotta) possono generare il diabete attraverso alterazioni del pancreas; ma non possiamo scagionare la lue, malattia così frequente e così atta a produrre sclerosi viscerali; tanto più che negli ultimi sette casi di diabete mellito da me avuti in cura, in sei esisteva certamente la lue! Uno, che ho potuto seguire a lungo, dopo una cura energica antiluetica, è guarito, e lo zucchero non è più comparso nelle urine anche con un regime ordinario. In principio della cura salvarsanica si ebbe un peggioramento, ciò che conferma la natura luetica dell'affezione, perchè è assai frequente che le affezioni luetiche peggiorino con le prime dosi, insufficienti del rimedio specifico, ragione per cui, nella maggior parte di essi, quando non vi siano ragioni speciali da far temere intolleranza per l'arsenico, io comincio la cura dalle dosi forti.

Argomento contro la natura sifilitica del diabete è dagli oppositori considerato la scarsa efficacia della cura specifica. Anche la mia esperienza, più tosto estesa, conferma questo fatto: ma ciò non ha grande valore per negare la natura sifilitica del diabete nei singoli casi. Il diabete è un fenomeno d'insufficienza pancreatica, non d'irritazione: sta alla nefrite, non come l'albuminuria, ma come l'uremia; e come non possiamo guarire un rene atrofico da lue con la cura specifica nè renderlo sufficiente, così non potremo far rigenerare un pancreas sclerotico. Soltanto in pochi casi nei quali le alterazioni non siano troppo estese ed avanzate potremo sperare nella cura specifica.

Per terminare dirò che senza essere la lue la causa unica del diabete, ne è cagione frequente; e va ricercata sempre, ed i diabetici sifilitici vanno curati sempre coi rimedi specifici, anche se le speranze di successo siano scarse.

Resta sempre il mistero dell'etiologia di molti casi di diabete grave, nei quali non può essere dimostrata nè la lue acquisita nè quella ereditaria.

Da molti anni ho fatta l'ipotesi che questi casi possano essere dovuti all'infezione da parotite epidemica: questa, come si sa, può attaccare il pancreas e produrne l'atrofia, come produce qualche volta quella dei testicoli e delle glandole salivari: sono stati descritti casi di diabete nel corso dell'infezione da parotite. Non sempre nell'anamnesi di diabetici gravi (nè luetici, nè gottosi, nè bevitori) ho trovato il ricordo della pa-

rotite: ma forse si è potuto trattare di una localizzazione primitiva sul pancreas dell'infezione, come si vede talora primitiva sui testicoli. L'avvenire dirà se questa ipotesi sia giusta o no.

Fegato. — Ricorderò appena le forme più comuni della sifilide epatica, il grosso fegato lobato che talora simula il cancro, l'ittero ed i dolori che possono far pensare alla calcolosi, la febbre che può far sospettare l'ascesso: ho veduto errori di tutte queste specie. Mi tratterrò un poco di più a discutere i rapporti tra sifilide e cirrosi volgare di Laennec. Recentemente in Francia si è discusso molto se questa malattia sia più tosto dovuta alla lue che all'alcoolismo, o per lo meno sia sempre effetto del connubio del treponema pallido e dell'alcool. Questa ultima ipotesi è stata sostenuta da Letulle con argomenti anatomo-patologici e statistici. La mesenterite retraente che porta all'ispessimento del peritoneo che ricopre le anse intestinali ed al raccorciamento notevole dell'intestino (fatto già noto da molti anni nelle cirrosi) attesterebbe la natura luetica di molte cirrosi; la prova di Wassermann dal Letulle fu trovata positiva nel 50 % almeno dei casi di cirrosi. Questa W. positiva è realmente assai frequente nella cirrosi epatica, ma il più delle volte è soltanto debolmente positiva (W+), ed è stata interpretata come una reazione non specifica (Verdozzi), come si osserva qualche volta in tumori del fegato, delle ossa e perfino del cervello, in malati non sifilitici. C'è poi da riflettere che la lue è assai frequente nei malati dei grandi ospedali, e gli alcoolisti, come sono quasi sempre i cirrotici, hanno più degli altri probabilità di prendere la sifilide, perchè il vizio del bere si associa spesso al libertinaggio, e non è raro nelle prostitute che sono, tutte o quasi tutte, sifilitiche. In alcuni casi dunque può trattarsi di pura coincidenza.

Altro argomento in favore della natura luetica delle cirrosi epatiche è stato trovato nell'efficacia di alcuni medicamenti: già da molto tempo il mercurio e lo ioduro di potassio godono fama di rimedi utili nella cirrosi epatica. Semmola curava i cirrotici con dieta lattea e ioduro di potassio e vantava successi; Rossoni li curava con piccole e ripetute dosi di calomelano per os; ora si curano con iniezioni intravenose di cianuro di mercurio o di novasurolo, ambedue rimedi diuretici, ma sopratutto antisifilitici, e che spesso riescono utili dove altri diuretici restano senza effetto.

Tra fegato lobato o cordato sifilitico e la sclerosi diffusa sifilitica dell'organo si possono osservare tutti gli stadi intermedi (Balland citato da H. Grenet).

Dunque argomenti statistici, terapeutici, anatomo-patologici parlano in favore della frequente natura luetica della cirrosi epatica.

In verità in presenza di una cirrosi epatica in persona non dedita all'alcool bisogna pensare in prima linea alla lue.

Le cirrosi luetiche, non alcooliche, presenterebbero dei sintomi differenti da quelle alcooliche; mancherebbero le emorroidi, il caput Medusae, i vomiti mattutini, le diarree premonitorie dell'ascite; caratteri, come si vede, insufficienti per una diagnosi di certezza. Praticamente si deve ricercare insistentemente la lue in ogni caso di cirrosi epatica, e si deve curarla coi rimedi sopra indicati (cianuro di Hg., novasurolo nelle vene, ioduri).

L'influenza dell'alcool è indiscutibile, e m'associo a quanto scriveva recentemente in proposito il dott. H. Grenet. Quasi senza eccezione i cirrotici che io ho veduto e che vedo erano alcoolisti, la grande maggioranza forti bevitori di vino. I più non erano sifilitici o per lo meno la lue non si poteva dimostrare: in molti la W. era negativa: ho veduto molti casi di cirrosi del fegato in contadini, vignaroli, piccoli proprietari di terra in provincia dove la lue è rara (o almeno era rara prima della guerra), uomini con moglie e figli sani, non dediti alla venere pandemia, che negavano aver mai avute malattie veneree e senza alcun sintomo per farle sospettare. Tutti avevano bevuto troppo vino! Questi casi rappresentano la maggioranza delle cirrosi: non di scolpiamo dunque il vino!

La cirrosi epatica c'era anticamente in un'epoca nella quale in Europa la sifilide non c'era, e non si bevevano altre bevande alcooliche che il vino e la cervogia. Chi non riconoscerebbe un malato di cirrosi epatica nella descrizione che fa Dante del falsario Mastro Adamo?

Nei maiali che sono portati al macello in Roma si osserva qualche volta una cirrosi epatica con tutti i caratteri macro- e microscopici della cirrosi di Laennec (Nazari); questi animali non hanno parassiti nel fegato: non c'è da credere siano sifilitici; sarebbe opportuno ricercare se per caso non fossero stati nutriti con vinaccie, patate, o residui di barbabietole, in fermentazione alcoolica.

*
* *

Apparato urinario. — Da tempo è noto che la lue si localizza spesso nel rene: molti anni fa Virchow attribuiva alla lue le cicatrici stellate della corteccia renale, Lanceraux parlava di nefriti luetiche, e Dieulafoix descriveva le nefriti parenchimatose (ora si direbbero nefrosi) del periodo secondario; da tempo è noto il rene ami-

loide del periodo terziario; più tardi è stato descritto il rene lobato sifilitico (Fulci), ma fino a questi ultimi tempi non era nei più la persuasione che la maggior parte delle nefriti croniche sia prodotta dalla lue. Fu nel 1912 che spinto dal desiderio di conoscere l'etiologia di molte nefriti croniche in apparenza primitive, pensai ricorrere al criterio statistico. Per mio consiglio, una studentessa russa, la signorina Sciumsky scrisse su questo argomento la sua tesi di laurea. Su 120 casi di nefrite cronica di ogni specie, comprese anche quelle ad etiologia nota, come le nefriti da gravidanza, praticò la prova di Wassermann, e la trovò positiva in 67, vale a dire nel 55 %. Ma se si pensa che anche in luetici la W. non è sempre positiva, che non fu praticata la riattivazione, si può ritenere questa cifra inferiore alla vera percentuale di sifilide nei nefritici cronici. E che sia così è provato dal fatto che detta signorina Sciumsky, sfogliando i protocolli delle autopsie eseguite dal prof. Marchiafava nell'Ospedale di S. Spirito trovò che su 100 autopsie di nefritici cronici in 72 si erano riscontrate alterazioni indubbiamente luetiche: la grande maggioranza di dette autopsie erano di uomini. Era così provata la grande importanza della lue come cagione di nefrite cronica: d'allora non manco mai di ricercare la lue nelle nefriti croniche ed il resultato della ricerca conferma la sua grande frequenza. Naturalmente questa varierà nei diversi ambienti non solo in rapporto diretto alla frequenza della lue, ma inversamente a quella di altre cagioni di nefrite cronica: in Roma, ad esempio, si osservano assai di rado nefriti da piombo, perchè ci sono poche industrie che adoperano questo metallo.

Tutte le forme di nefriti croniche possono essere in rapporto con la lue; anche la nefrite cr. parcellare che si appalesa con ematurie ricorrenti, ed il rene arteriosclerotico con notevole ipertensione arteriosa; la degenerazione ialina della parete delle arteriole renali è attribuibile alla lue (Dionisi). Alcuni casi di nefrite, creduta nefrite da trincea o da guerra furono da me riconosciuti come nefriti luetiche, e come tali curate e guarite col salvarsan in poco tempo, mentre erano state inutili le cure dietetiche ed il riposo.

A proposito della cura dirò che non tutte sono guaribili, come è facile comprendere; le più sensibili alla cura sono le nefriti del periodo secondario; in altre si ottiene soltanto un miglioramento: l'albuminuria diminuisce fino ad un minimo che non può ulteriormente ridursi. Anche nelle nefriti luetiche si può osservare il fatto che le piccole dosi di 914 aumentino l'albuminuria, e soltanto le forti (da 0,60 in su) la facciano diminuire e spesso scomparire: e che si osservino regolarmente recidive se la cura specifica non è ripetuta dopo 2-2 ½ mesi di riposo, e ciò con esattezza quasi matematica. Dirò anche che non è consigliabile il calomelano nè l'olio grigio: i preparati insolubili di mercurio sono male tollerati; in qualche caso di nefrite cronica in luetici si può restare in dubbio se si tratti di nefrite luetica o di nefrite consecutiva a troppo energiche cure mercuriali specie con calomelano o con mercurio metallico.

Concludendo: in tutte le nefriti croniche ricercare la lue, e curarla energicamente, a preferenza coi preparati salvarsanici che sono bene tollerati, ricordandosi che solo le dosi forti sono benefiche, e che la cura va ripetuta ad intervalli regolari.

Sono state osservate ulcerazioni croniche della vescica da sifilide: un caso fu visto nel mio padiglione ed illustrato da Manfredo Ascoli, e curato da me con successo con alte dosi di 914.

Sistema nervoso. — Nelle malattie di questo sistema la lue ha così grande importanza che farò appena a tempo ad elencare le affezioni più comuni.

Per non parlare delle alterazioni dei centri nervosi dovuti alla lue ereditaria (malformazioni, arresto di sviluppo, idrocefalo cronico, ecc.), credo appena necessario ricordare che la tabe dorsale e la demenza paralitica, un tempo dette affezioni parasifilitiche, sono dovute effettivamente alla presenza del treponema pallido nella sostanza cerebrale e spinale. Ugualmente frequenti sono le varie forme di sifilide cerebrale volgare (di origine vascolare): le gomme del cervello e delle meningi con l'epilessia jacksoniana e le paralisi localizzate; la meningite sifilitica che può mentire quella tubercolare e perfino quella epidemica, i rammollimenti ischemici, le emorragie meningee e le stesse emorragie cerebrali. I rammollimenti ischemici, se non sono da embolie, in persone di media età ed anche vecchie, ma non decrepite, sono quasi sempre da lue: nelle emorragie cerebrali secondo una statistica recente degli ospedali di New York, la Wassermann è positiva nel 50 %. L'epilessia tardiva è quasi sempre da lue.

Nel midollo la lue è cagione di gomme e di rammollimenti ischemici, e di meningomieliti; la così detta mielite cronica dorsale, che un tempo teneva un così largo campo tra le malattie del midollo, se non è un tumore, od una sclerosi a placche a tipo di paralisi spinale spastica, è una lue del midollo.

Dai più si ammette ora che la sclerosi laterale amiotrofica e la poliomielite anteriore cronica (atrofia muscolare progressiva di origine

midollare, tipo Aran-Duchenne) siano da attribuirsi alla lue; così pure le così dette sclerosi combinate.

La lue è cagione frequentissima di nevralgie e di nevriti, sia di nervi isolati, sia di plessi nervosi: in presenza di queste affezioni bisogna sempre pensare alla sifilide sia come cagione diretta, sia come causa indiretta (aneurismi, spondiliti luetiche): se non c'è la lue, pensare alla tubercolosi, alla gotta, e sopra tutto ai tumori maligni.

La lue non ha nulla a che fare con la sclerosi a placche, e con la malattia di Parkinson, ma va ricordato che alterazioni luetiche dei centri nervosi possono simulare queste malattie: nella diagnosi differenziale ha grande importanza lo studio del l. c. r.

Gli organi di senso sono spesso alterati dalla lue: l'irite è quasi sempre luetica: qualche volta reumatica o gottosa: le nevriti dell'ottico assai spesso da lue. La sordità e le vertigini da lue sono frequentissime: anche qui la gotta entra in gara con la sifilide.

È la lue la cagione più frequente di sindromi morbose attribuibili ad alterazione del simpatico. Ho veduto due casi d'iperidrosi assai molesta per lue: in uno che, potei seguire, un'aortite concomitante faceva la spia: una cura energica salvarsanica fece scomparire l'iperidrosi.

Ho ugualmente osservato due casi di trofoedema di Meige in giovani donne per eredolue; in una che potei curare, una energica cura salvarsanica portò alla guarigione.

*
* *

Le *glandole sessuali e glandole a secrezione interna* sono spesso alterate dalla lue, sia ereditaria sia acquisita, donde un gran numero di alterazioni di sviluppo, e disturbi nelle varie funzioni dell'organismo ed in specie in quelle genitali.

È superfluo ricordare il testicolo hunteriano, noto a tutti; talora le gomme del testicolo e dell'epididimo possono mentire la tubercolosi: ho visto più volte questi errori dolorosi. Nella donna la sclerosi delle ovaia da lue può dare luogo a menorragie, a dismenorrea ed amenorrea precoce, con successivo sviluppo notevole dell'adipe; bisogna sospettare la lue nelle donne affette da notevole polisarcia. L'*impotentia coeundi* nell'uomo può essere il solo sintomo di una lue ignorata.

*
* *

La sclerodermia, la vitiligo, l'ittiosi sono ora dai più attribuiti alla lue, l'ittiosi a quella ereditaria. Questa può essere cagione di eczemi cronici psoriasiformi, e di orticaria ostinatamente recidivante anche in persone adulte e vecchie, come io ho potuto constatare.

La malattia di Dercum e quella di Basedow sono state attribuite da taluno alla lue; a me sembra che per quest'ultima la lue non sia cagione frequente.

Il diabete insipido non di rado è effetto delle alterazioni sifilitiche della glandola pituitaria e della vicina regione infundibolare: l'ho veduto guarire con una cura specifica.

Se si pensa all'azione distrofica preponderante che la lue ereditaria esercita sulle glandole endocrine è facile comprendere quanto spesso essa sia cagione di svariate sindromi morbose nello sviluppo (infantilismi vari, morgolismo, ecc.).

*
* *

Sistema locomotore. — Accennerò appena alle malattie delle ossa prodotte dalla lue: alle osteiti croniche, alle gomme che, se localizzate alle ossa della mano e del piede, possono mentire le spine ventose tubercolari; al morbo di Pott luetico, che non è poi tanto raro quanto si crede, se io ne ho potuto vedere due casi in un anno, ed ambedue della regione cervicale; ambedue guariti con cura salvarsanica; è bene dunque tenere presente questa possibilità. La lue diffusa dello scheletro può simulare l'osteomalacia, come ho veduto in qualche caso che ho altrove ricordato: l'osteomalacia non ha nulla a che fare con la lue. È ancora oggetto di discussione se la malattia ossea di Paget sia o no dovuta sempre alla lue: Paget credeva di no: ho veduto casi di Paget nei quali la ricerca della lue è stata negativa, e la cura specifica non ha giovato; ho veduto casi intermedi tra il Paget e l'osteomalacia volgare: Bignami in una malata di Paget ha isolato dall'osso lo stesso diplococco dell'osteomalacia.

Io credo pertanto la questione non ancora risolta definitivamente, sebbene ora dai più si propende a ritenere il Paget una manifestazione della lue. Molte artriti croniche, che vanno col nome di reumatismo cronico, sia secche, sia con versamento articolare, ed in specie il così detto reumatismo cronico deformante sono assai spesso da lue: in tali casi bisogna ricercarla e curarla: la cura può dare resultati insperati: l'hydrarthos cronico dl ginocchio è dovuto alla lue.

Si sospetterà la natura luetica di queste affezioni osteo-articoarli trovando l'ingrossamento delle ossa in vicinanza delle articolazioni ed altri sintomi di periostite ossificante.

Può darsi che la *leontiasis ossium* sia dovuta alla lue; e che a quella ereditaria sia da attribuirsi l'osteopsatirosi.

Ricorderò appena le miositi luetiche che possono simulare i sarcomi.

La malattia di Dupuytren, (retrazione dell'aponevrosi palmare) è forse dovuta sempre alla lue: si osserva in diabetici (i quali hanno grande probabilità di essere luetici), qualche volta in gottosi: dubito che la sola gotta possa produrla. Come è noto la lue può produrre alterazioni croniche delle unghie.

*
* *

Non credo con questo elenco aver esaurito la lista dei misfatti del treponema pallido, ma da quel che ho detto resulta evidente quanto esteso sia il suo regno nella patologia umana, e quanto spesso esso sia cagione di malattie mortali.

Se la lue figurasse nei certificati di morte ogni qual volta essa n'è responsabile, si vedrebbe che essa è tra le cagioni più frequenti, in specie nella seconda metà della vita. Ma la lue si sottrae il più delle volte alla sua responsabilità, spesso e volentieri è ignorata, anche più spesso è taciuta negli attestati di morte, per ragioni facili a comprendérsi.

Non è più il tempo nel quale era permesso incidere sul marmo sepolcrale di un personaggio illustre, « morbo gallico peremptus obiit... », come si legge in un sepolcro del 1500 in una chiesa di Roma.

Soltanto le statistiche di grandi ospedali possono darci un criterio abbastanza esatto della frequenza della lue come causa di morte. Si può rimproverare a questo criterio statistico che esso è valevole soltanto per le classi più povere della popolazione, nelle quali si può supporre la lue più frequente: ciò è vero fino ad un certo punto. Alcune classi povere, che ricorrono all'ospedale, come quelle dei contadini, danno al contrario scarso tributo alla lue, che al contrario è assai frequente nelle classi elevate. Quanti ricchi borghesi di provincia prendono la sifilide nel periodo di studentato nelle grandi città come Napoli e Roma!

Tra i miei clienti della pratica privata è la lue, con le sue alterazioni viscerali, la cagione più frequente di morte!

Per chi trovasse questo quadro a tinte troppo oscure, specialmente per coloro che avessero fatto troppo intima conoscenza con la « signorina », non voglio lesinare qualche parola di conforto.

Per cominciare dirò che gli antichi, Greci e Romani, malgrado non avessero lue, nè tanti veleni che abbreviano la vita (nè tabacco, nè liquori, caffè, ecc., ecc.), come i moderni, non invecchiavano più di noi: le iscrizioni funerarie lo provano.

Le malattie d'infezione, i traumi, le malattie chirurgiche e l'arte medica dovevano fare molto più vittime che adesso.

Ricorderò inoltre che la lue, seppure vuole quasi sempre uccidere le sue vittime, non ha però fretta di farlo. Nella mia pratica di quasi 40 anni ho veduto molti esempi di questo fatto. Un uomo politico che morì ad 83 anni di cancro del fegato (sarà stata sifilide del fegato?), quando io lo conobbi verso gli 80 anni, aveva sintomi moderati di tabe che datavano da 15 anni; aveva contratta lue a 14 anni!

Un mio cliente che aveva contratta lue a 20 anni, ed aveva figli sani e robusti, presentò i primi sintomi di tabe a 70 anni, a 72 morì per rammollimenti cerebrali ischemici: potrei continuare negli esempi.

Ma v'è di più. I misfatti della lue che abbiamo visto nei decenni passati e che vediamo ora sono tutti o quasi tutti da sifilidi o ignorate o non curate o mal curate.

Dobbiamo scontare i benefici della diagnosi più pronta, e delle cure energiche e metodiche moderne. Perciò i giovani che succederanno a noi nella pratica della medicina non vedranno tanti misfatti della lue quanti ne abbiamo visti noi.

Le cure metodiche, le pratiche profilattiche porteranno di certo una diminuzione progressiva di questo flagello, che speriamo scomparirà in un avvenire non molto lontano.

È con questa speranza e quest'augurio che io pongo fine al mio dire.

SUNTI E RASSEGNE.

DIAGNOSTICA.

Diagnostica tubercolare.

(PARISE. *Il Morgagni*, 1924, n. 9).

Di fronte alla fioritura dei vari sintomi clinici, dei quali alcuni veramente preziosi, anche il laboratorio ha mobilitato tutte le sue risorse per svelare una infezione tubercolare.

Fanno parte della diagnostica di laboratorio:

1) LE REAZIONI TUBERCOLINICHE che si manifestano con reazione locale, o generale, o a focolaio.

a) *Cutireazione di v. Pirquet.* Consiste nel praticare due scarificazioni superficiali sulla cute del braccio a distanza di 5-6 cm. l'una dall'altra: una viene iniettata con tubercolina (A. T. pura), l'altra si lascia per controllo. Dopo 24-48 h. si forma una macula rossa con infiltrazione cutanea *che si apprezza bene più col dito che con l'occhio.*

Essa rivela anche focolai spenti di nessun valore clinico attuale: può mancare nei veri tubercolotici colpiti da malattie acute intercorrenti o negli stati consuntivi della tubercolosi stessa (stati di anergia). A scopo diagnostico è preziosa solo nell'infanzia, ove può svelare il momento

della infezione tubercolare: a scopo prognostico una forte reazione positiva è l'indice di uno stato di difesa organica: a scopo di terapia, sopratutto specifica, può rappresentare un criterio per distinguere le forme curabili da quelle incurabili per mancanza di difesa organica.

b) Iniezione sottocutanea di tubercolina. Per evitare le forti reazioni generali (febbre alta, vomito, cefalea, ecc.) e quelle a focolaio, si consiglia di iniettare non 1 milligrammo di tubercolina, ma 1 decimilligrammo ed anche meno, ripetendo magari l'iniezione 2-3 volte con 5-6 giorni di intervallo.

La reazione manca negli stati consuntivi. Il metodo è controindicato nelle forme febbrili e subfebbrili, in quelle a tendenza emoftoica, nei cardiopatici, glicosurici, albuminurici e nei convalescenti di malattie acute.

Praticamente è usabile con cautela in quelle forme mute e dubbie, allorchè le altre indagini hanno dato risultato negativo.

2) AGGLUTINAZIONE. Non riesce di alcuna utilità diagnostica e perciò ha scarsissimo valore pratico.

3) DEVIAZIONE DEL COMPLEMENTO. Dal complesso dei risultati ottenuti da vari ed autorevoli sperimentatori si può concludere che quella reazione ha buon valore diagnostico nelle forme incipienti, nelle forme dubbie ed in quelle nelle quali le altre ricerche furono incerte o negative.

Come tecnica è identica alla Reazione Wassermann — salvo alcuni particolari —. È necessario però lavorare con antigeni ben preparati, come quelli di Calmette, Besredka, Pirera.

Essa è generalmente positiva nei tubercolotici (80-95 %). Le forme che danno maggiori reazioni positive sono le polmonari, poi le sierose, ganglionari, ossee, ecc.

Nelle persone sane è costantemente negativa: la sifilide, la malaria e qualche altra malattia non tubercolare hanno una possibilità del 10-12 %.

4) INOCULAZIONE NELLE CAVIE. Metodo facile, prezioso, pratico.

a) Espettorato. Si raccoglie al mattino in recipienti sterilizzati con ebollizione: si preleva un frustulo mucopurulento, si deterge dalla saliva con successivi passaggi in acqua bollita, e si emulsiona con uguale quantità di acqua sterile o siero fisiologico: indi con una comune siringa si inietta sotto la cute di una plica inguinale.

b) Urine. Si centrifugano o sedimentano le orine raccolte con cateterismo sterile: il centrifugato si diluisce in 4-5 cmc. di orina e si inietta come l'espettorato.

c) Liquidi sierosi, sieropurolenti, pus, liquor, latte, ecc. Si iniettano in quantità di 5 cmc.

Come risultato positivo, si osserva dopo 15 giorni e dopo l'ascesso di infezione secondaria, banale, che a volte si produce sul punto di inoculazione, un lieve ingorgo ghiandolare all'inguine al lato dove fu praticata l'iniezione: questo ganglio duro, spostabile, aumenta rapidamente di volume, fino alla grandezza di una piccola nocciola, e a volte si trasforma in ascesso freddo.

Se si sacrifica l'animale, a seconda del tempo trascorso, si trova l'infezione più o meno generalizzata. Lasciato a sè, verso la 3ª-4ª settimana comincia a dimagrare, ha febbre, dispnea ed in 8-10 settimane muore.

Nei casi urgenti si può estirpare il primo ganglio che si forma ed esaminarne la polpa per la presenza dei bacilli di Koch.

Il metodo, sebbene un po' lento, è prezioso per il medico dei piccoli centri ove difettano altri mezzi di laboratorio più rapidi.

5) ISOLAMENTO DEL B. DI KOCH DAI PRODOTTI PATOLOGICI. Il metodo Petrof, con opportune modifiche, non è molto pratico, nè assolutamente sicuro, ma dà un buon terreno per l'isolamento rapido del bacillo tubercolare.

6) CITODIAGNOSI. La crescente prevalenza linfocitica nel centrifugato dei liquidi in esame ci può far affermare con sicurezza la natura tubercolare di un versamento pleurico, pericardico, articolare ed anche del liquor.

7) INDICE OPSONICO. Premetto che per potere opsonico si intende il quoziente fagocitario di ciascun siero e si determina dividendo per 100 il numero dei microbi contenuti per 100 leucociti: che l'indice opsonico si ha dividendo il potere opsonico di un siero supposto patologico per quello di uno normale: che per la ricerca necessitano tre elementi, leucociti, emulsione di bacilli e siero da esaminare. Il metodo è complesso, difficile, non sicuro a scopo diagnostico.

8) ALBUMINO-REAZIONE DEGLI ESPETTORATI. Si diluisce a parti uguali l'espettorato con acqua distillata e si agita per qualche minuto, con qualche goccia di acido acetico si precipita la mucina e si filtra. Sul filtrato si ricerca l'albumina: la sua presenza non è *specifica*, ma è *costante* nei tubercolotici polmonari. La presentano ugualmente polmonite, broncopolmonite, edema polmonare, cardiopatie scompensate, ecc.

9) ESAME DELL'ESPETTORATO. È decisiva per la diagnosi la ricerca e la presenza dei bacilli di Koch. Se più esami riescono negativi si ricorre al cosidetto arricchimento, emulsionando l'espettorato con l'antiformina ed eseguendo i preparati sul centrifugato. In malati che non sanno espettorare, le ricerche si praticano sulle feci o sul liquido della lavanda gastrica.

Dal lato diagnostico sono poco utili la ricerca delle fibre elastiche e la formula citologica. La presenza di *granulazioni eosinofile* ha un du-

plice valore diagnostico e prognostico: dalle concordi conclusioni di vari AA. esse starebbero ad attestare un'infezione tubercolare il più delle volte a decorso benigno e lento, e spesso precedono la comparsa dei bacilli di Koch.

PERSIA.

PATOLOGIA GENERALE.

La migrazione degli elminti nell'organismo umano.

(JOYEUX. *Le Journal méd. franç.*, 1924, n. 9).

Gli elminti sono introdotti nel nostro organismo per via buccale o cutanea: sotto forme immobili nel primo caso, mobili nel secondo. Nell'un caso e nell'altro possono giungere direttamente nell'organo ove poi si svilupperanno, ovvero attraversare diversi organi prima di giungere nel luogo di elezione. Il viaggio attraverso l'organismo si compie per mezzo della via digestiva, respiratoria, circolatoria; oltre alle migrazioni normali, vi sono anche migrazioni erratiche, anormali: una delle cause di migrazione anormale può precisamente essere l'arrivo accidentale di un verme in un animale che non è il suo normale ospite, ovvero il contagio con un elminto animale in un uomo; il parassita si sperde nell'organismo ed ivi può prendere delle localizzazioni differenti dalle abituali.

Migrazioni normali. — Via cutanea· *Filaria bancrofti.* Le larve sono deposte sulla pelle da zanzare di specie diversa; penetrate rapidamente compiono un percorso mal conosciuto. Le forme adulte si trovano nel sistema linfatico: le femmine danno luogo ad embrioni che circolano nel sistema sanguigno. Durante il giorno essi sono rifugiati negli organi profondi, compaiono durante la notte negli organi periferici. In alcune isole oceaniche le filarie sono trasmesse da zanzare pungenti in pieno giorno: gli embrioni si trovano in circolo durante il giorno: tale periodicità è del resto in rapporto con le ore del sonno e di lavoro dell'uomo, nei lavoratori notturni il ritmo d'apparizione delle filarie nel circolo, si inverte.

Loa loa o Filaria loa: trasmessa da ditteri: l'individuo adulto vive nel tessuto cellulare sottocutaneo talora approfondendosi alla superficie degli organi profondi, in specie del pericardio. Gli embrioni si vedono nel sangue durante il giorno.

Filaria volvulus: vive in tumori sottocutanei nei diversi punti del corpo, specie in corrispondenza delle creste iliache e sul margine costale. Gli embrioni si trovano nel sistema linfatico e, raramente, nel sangue. Di tanto in tanto giungono alla superficie dei tegumenti dove possono essere assorbiti dagli insetti vettori.

Schistosoma haematobium. Le larve, uscite dai molluschi acquatici ove hanno compiuto la loro evoluzione, galleggiano liberamente, ed allorchè un animale od un uomo entrano nell'acqua, si precipitano su di esso penetrando nella pelle: perdono la loro coda, guadagnano la vena porta ed i suoi diversi rami ove maschio e femmina vivono accoppiati: terminata la fecondazione, si dirigono verso le vene vescicali, la femmina lascia il maschio e va ad emettere le uova il più lontano possibile nelle venule vescicali. Allora, per mezzo delle tossine distruggenti il tessuto e con l'aiuto dello sperone di cui sono provviste, in virtù delle contrazioni muscolari, le uova attraverso i tessuti dalle venule giungono nel lume della vescica dalla quale vengono eliminate con le urine.

Schistosoma Mansoni: identico passaggio; la emissione delle uova avviene però nelle venule dell'intestino grosso, l'emissione si ha con le feci.

Schistosoma japonicum: vive nel sistema arterioso e venoso. Le cercarie compiono migrazioni complesse dopo essere penetrati per la pelle. Si sa che esse passano nel polmone, raggiungono il cuore sinistro e sono lanciate nel grande circolo ove si sviluppano solo quelle giunte nel sistema portale.

Ankylostoma duodenale e Necator americanus: La larva vive non nell'acqua, ma nel terriccio umido. Come per tutti i nematodi, la larva uscendo dall'uovo passa per cinque stadi differenti prima di giungere ad essere insetto adulto. Quando penetra nei tegumenti essa si trova al terzo stadio: nella maggior parte dei casi essa ha conservato la sua spoglia larvaria del secondo, ma può anche averla lacerata contro i sassi. Attraverso i vasi sanguigni e linfatici passa al cuore destro, donde è lanciata nel circolo polmonare fino agli alveoli che traversa per rimandare ai bronchi, alla trachea, alla faringe e discendere attraverso l'esofago, lo stomaco, al duodeno ove si fissa sviluppandosi e giungendo al quarto stadio, e, in tre sette giorni al quinto stadio. La migrazione, è chiaro, può anche avvenire direttamente attraverso le vie digestive.

Strongiloides stercoralis: le larve penetrano e compiono lo stesso ciclo dell'anchilostoma: vi è solo la differenza che gli individui adulti sono esclusivamente femmine e vanno ad alloggiarsi nelle pareti dell'intestino tenue partenogeneticamente dando luogo ad uova che contengono un embrione già formato: esso si apre nell'intestino e le piccole larve si ritrovano nelle feci.

VIA DIGESTIVA. — *Taenia saginata; Taenia solium; Bothriocephalus latus*: penetrano per assorbimento di carne di bue la prima, di porco la seconda, di pesce la terza. Le larve sono mes-

se in libertà dai succhi intestinali, si fissano alla parete ed incomincia lo sviluppo del verme.

Fasciolopsis Buski; hymenolepis diminuta; Dipilidium caninum: le cisti si trovano nelle acque; penetrano nelle vie digestive, si arrestano nell'intestino tenue e si sviluppano.

Hymenolepis nana. Compie la sua migrazione probabilmente in due tappe. La sua evoluzione si fa interamente nell'uomo: le uova, ingerite, giungono nell'intestino tenue. L'embrione, messo in libertà, si approfonda nelle villosità e diviene cisti. L'uomo è in questo momento come l'ospite intermedio: in seguito la cisti sfugge dalla villosità e cade nel lume intestinale, si attacca alla mucosa, si sviluppa e dà luogo alle uova che si ritrovano nelle feci. In questa fase, l'uomo è l'ospite definitivo.

Oxyurus vermicularis: l'uovo penetrato nella bocca contiene un embrione sviluppato e pronto a schiudersi. Messo in libertà nel tenue, subisce ancora due mute e diviene adulto: maschio e femmina si accoppiano, discendono e giungono nel grosso intestino ove i maschi si arrestano e generalmente dopo breve tempo muoiono, le femmine continuano a percorrere il grosso intestino e sono espulse dall'ano: solo in questo momento, nel solco anale, nel perineo, emette le uova.

Dracunculus medinensis: le larve sono ingerite con l'assunzione di piccoli crostacei: nello stomaco i crostacei muoiono, le larve sono messe in libertà. Verosimilmente traversano le pareti intestinali e da nove mesi ad un anno di distanza la femmina compare nel tessuto sottocutaneo, formando una flittena che si ulcera: la testa del verme è nel fondo dell'ulcera e l'utero fa ernia spontaneamente o sotto l'azione dell'acqua: rottosi, vengono messi in libertà numerosi embrioni che continueranno il loro ciclo nel corpo dei Ciclops.

Clonorchis sinensis: le larve, incistate nell'acqua sono ingerite mangiando la carne di alcuni pesci: dopo quindici ore si ritrovano i giovani parassiti nella vescicola biliare. Secondo Mukogawa vi è poi ascensione diretta per le vie biliari.

Fasciola hepatica. Le larve, incistate nell'acqua, ed assorbite, mettono in libertà il parassita nell'intestino, attraverso la vena porta giungono al fegato ove si sviluppano.

Paragonimus Westermani. Agente dell'emottisi parassitaria dell'Estremo Oriente: le cercarie sono incistate in alcuni crostacei che vengono ingeriti. Nell'intestino i giovani vermi perforano i tessuti e giungono direttamente nella cavità toracica: ivi soggiornano da tre a quattro settimane, penetrano nel tessuto polmonare ove divengono adulti. Sperimentalmente si può far variare il ciclo deponendo le cercarie, uscite dalla cisti per l'azione dei succhi intestinali, sia su di una ferita, sia con iniezione nei tessuti; esse guadagnano sempre la pleura facendo a meno della via sanguigna, penetrando nel polmone. Le uova sono eliminate con l'espettorato, o, deglutiti, con le feci.

Ascaris lumbricoides. Compie delle migrazioni complesse. Solamente le uova contenenti un embrione formato, sono infestanti. L'embrione si schiude nell'intestino tenue: attraversa la parete del tubo digestivo e per mezzo della vena porta si trova trascinato al fegato dove non soggiorna ma continua il suo cammino verso i polmoni, attraverso il cuore destro. Da questo momento l'embrione ha un'evoluzione simile a quella dell'anchilostoma e delle anguillule. Rimonta per le vie respiratorie, giunge al faringe, discende lungo il tubo digestivo fino all'intestino tenue ove si sviluppa dando luogo ad adulti maschi e femmine. Le uova sono evacuate con le feci: l'embrione non si forma che ulteriormente.

Trichinella spiralis. Si contrae prendendo carne di porco contenente larve incistate. Queste arrivano nello stomaco, subiscono una muta divenendo adulte. La fecondazione ha luogo: i maschi sono eliminati, le femmine si immergono nelle tuniche intestinali, eliminando gli embrioni che vengono trasportati dalle vie linfatiche al cuore destro, al piccolo circolo, al cuore sinistro e di qui in tutto l'organismo. Nei fasci muscolari le larve si arrestano e si arrotolano. I tessuti dell'ospite reagiscono formando una capsula attorno al parassita. Per poter continuare nell'evoluzione occorre che questa larva si ritrovi nello stomaco di un adatto ospite.

Taenia echinococcus. Anche qui l'uomo non è che un ospite occasionale: il definitivo è il cane domestico ed i carnivori similari. Assorbite le uova, l'embrione si schiude nell'intestino e, portato dalla vena porta, giunge nel fegato ove spesso si sviluppa: può andare anche più lontano, ad esempio nel polmone od in altri organi. Simile migrazione ha la *Taenia multilocularis*.

Migrazioni anormali: la letteratura ne è piena. È certo che il parassita sviato non obbedisce ad alcuna legge. Spesso calcifica o degenera, ovvero si apre un cammino attraverso i tessuti, o viene trasportato dal torrente circolatorio.

Cestodi: sono rare le migrazioni anormali. Spesso si trovano anelli impigliati nell'appendice. Il Cysticercus cellulosae, larva della taenia solium, si sviluppa talora nell'uomo, ed allora le cose si svolgono come nel porco, ospite intermedio normale. L'embrione esacanto traversa le pareti, segue la vena porta, più raramente i linfatici, passa nella piccola circolazione, poi nella

grande, tendendo a localizzarsi nell'occhio, nel sistema nervoso. Si conosce un caso di cenurosi umana (multiceps cerebralis, ospite normale del montone, occasionale del cane), così pure casi umani di infezione da Sparganum Mansoni, forma larvaria di un botriocefalo canino.

Trematodi: È stata ritrovata la Fasciola hepatica sotto la pelle, la distomatosi bucco faringea, il Paragonimus nel cervello, ecc.

Nematodi: L'ascaris è un verme fortemente migratore. Sotto influenze mal conosciute, probabilmente allorchè il chimismo intestinale si modifica per malattie, per febbre, lascia la propria abitazione e può uscire dalla bocca o dall'ano. Favorito da ulcerazioni può giungere nel peritoneo, ove si può trovare anche senza ulcerazioni intestinali. Ha tendenza ad introdursi nell'orifizio dei canali biliari, pancreatici, ecc.

L'Oxyurus vermicularis può traversare la mucosa intestinale ed incistarsi nella sottomucosa; può anche raggiungere la cavità peritoneale, ed attraverso gli organi genitali giungere fino alle trombe.

Infine, per quanto riguarda infestazioni intra uterine dalla madre al feto, vi sono alcuni esempi negli animali. Per quanto riguarda l'uomo Narabayashi ha osservato lo Schistosoma japonicum in un neonato.

MONTELEONE.

CHIRURGIA.

Cancro della tiroide.

(V. PAUCHET. *Archives franco-belges de chirurgie*, aprile 1924).

Eziologia. L'A. fa rilevare come su 10 casi di cancro della tiroide 9 si sviluppino su di un vecchio gozzo costituendo il gozzo una lesione precancerosa, come la leucoplasia, l'adenoma della mammella, l'ulcera dello stomaco.

Anatomia patologica. Nella maggior parte dei casi il carcinoma si sviluppa in un lobo della ghiandola affetta da gozzo. Essendo unilobulare la localizzazione l'intervento è favorevole e all'inizio una emitiroidectomia extra-capsulare permette di asportare totalmente il neoplasma, il quale nello sviluppo segue due periodi: uno intracapsulare ed uno extra-capsulare. Esso si presenta sotto 5 aspetti differenti:

1) *come un nodulo canceroso isolato biancastro omogeneo;*

2) *come noduli multipli;*

3) *come ciste neoplastica con vegetazione intracistica;*

4) *come vegetazioni pericistiche;*

5) *come invasione diffusa.*

Il *sarcoma* è meno frequente dell'*epitelioma*, il tumore presenta consistenza molle, i gangli mancano nei due terzi dei casi. Per lo più si tratta di sarcomi globocellulari e fusocellulari. I *sarcomi melanotici* si riconoscono dal loro aspetto caratteristico.

Il *laringe* e la *trachea* possono essere deformati; la trachea può essere compressa, appiattita, invasa o perforata. La perforazione si è osservata nell'8 % dei casi. L'*adenopatia* è costante negli epiteliomi. Alle volte si riscontra nel periodo intracapsulare, costantemente nell'extracapsulare. I gangli invasi per primi sono quelli che si riscontrano al bordo esterno del lobulo canceroso. L'infezione dei gangli cervicali si diffonde ai sopraclavicolari e ai mediastinici. Le *vene* possono ulcerarsi, donde le frequenti metastasi. I *nervi* più frequentemente lesi sono i tronchi delle branche laringee e del pneumogastrico e il gran simpatico. Le *metastasi* sono frequenti sopratutto nel *polmone*, nel *fegato* e nelle *ossa*.

Il *gozzo nodulare* è quello che più frequentemente va incontro alla *metamorfosi cancerosa.*

Quanto ai segni di cancerizzazione del gozzo bisogna prendere in considerazione il *periodo di inizio e il periodo di stato.* Nel *periodo iniziale* si ha: *accrescimento rapido* del volume, *indurimento, dolori, disturbi respiratori, disfagia, turbe* da compressione del *simpatico* (eccezionali), *turbe endocriniche* (rare), *ipertermia, astenia,* invasione precoce dei gangli satelliti (rara).

Nel *periodo di stato* si hanno i segni di certezza dell'affezione e cioè: *deformazione del collo e indurimento, mobilità relativa* (aderenze precoci alla trachea) *invasione dei vasi carotidei* (incostanti). Nella maggior parte dei casi i vasi sono spostati ma non inglobati, presenza di gangli (segno capitale della tirocarcinosi). L'*adenopatia* in genere è *unilaterale*, dal lato cioè in cui si è iniziato il tumore. Quando è rotta la capsula diviene bilaterale.

Disturbi funzionali:

1) *Dispnea, disfonia, disfagia* (rara), dolore.

Cura. La cura chirurgica si dovrà riservare ai casi favorevoli, ai casi cioè in cui il tumore è ancora incapsulato. Poche speranze di successo si hanno con la cura dei *raggi X* e *del radio.*

Indicazioni operatorie:

1) Il tumore deve essere incapsulato senza adenopatie o al più con lieve adenopatia unilaterale;

2) Se il tumore si manifesta extracapsulare con diffusione cervicale si tenterà l'intervento solo quando l'asportazione si prevede possibile. In altri termini ogni metastasi viscerale, ogni adenopatia extracervicale rappresentano una contro indicazione assoluta all'intervento. In ogni caso

bisogna ricercare se esistano metastasi, polmonari, pleuriche, epatiche, renali, ossee e mediastiniche. Ogni soggetto affetto da carcinoma della tiroide dovrà essere sottoposto alla radiografia prima dell'operazione. L'intervento sarà una tiroidectomia parziale o totale ma sempre extracapsulare con asportazione dei gangli carotidei sempre e alle volte anche sopraclavicolari. Prima dell'operazione sarà necessaria la disinfezione accurata del naso, della gola e dei denti. *L'anestesia sarà regionale.* La posizione dell'operando sarà la supina mettendo un cuscino sotto la testa e il collo in modo d'avere una estensione moderata. Se l'estensione provoca fatti di soffocazione occorre operare in posizione semiseduta. *Nulla di speciale ricorda circa la tecnica operatoria.*

Quanto agli *accidenti operatori* fa rilevare come si possa avere:

1) *la sincope cardiaca* se eventualmente nella asportazione dei gangli si pinzetta il pneumogastrico;

2) *accidenti respiratori,* eccezionalmente;

3) *lesioni vascolari* (entrata di aria nelle vene);

4) *lesioni tracheali;*

5) *lesioni nervose* (nervo ricorrente pneumogastrico).

La *vagotomia* unilaterale è senza gravità come anche la *resezione del simpatico.*

Complicazioni post-operatorie. Le complicazioni post-operatorie sono molto rare con l'anestesia locale e col fare levare di letto presto il paziente. Alle volte possono aversi *complicazioni paratireoprive* oppure con una certa rarità *mixedema.* La mortalità operatoria nei casi di tiroidectomia parziale è del 10 %, quando l'operazione è fatta in casi molto avanzati con resezione del pacchetto vascolo-nervoso sale al 30-40 %.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Prof. B. BOCCI. *Guida allo studio sperimentale della fisiologia.* Siena, Tipografia Cooperativa, 1924. Prezzo L. 80.

Non è questo uno dei soliti trattati in cui le nozioni acquisite nel campo della fisiologia sono enunciate seguendo un metodo, che è diventato ormai consuetudine; ma un lavoro originalissimo in cui domina costantemente il carattere personale scientifico dell'Autore, che nel lungo corso di insegnamento ha potuto intraprendere studii sui varii capitoli della fisiologia apportandovi sempre una nota spiccata, tutta propria dell'intelligenza latina.

Partendo dal concetto che l'insegnamento deve essere sopratutto pratico-dimostrativo e che le varie nozioni devono essere collegate l'una coll'altra, egli ha cercato che i varii argomenti si raggruppassero secondo un concetto logico di dipendenza. Non poteva perciò tener troppo conto della successione storica dei fatti conquistati, poichè bene spesso un fatto di primissima importanza fu acquisito solo con grande ritardo, in confronto di altro secondario. L'ordine logico per un libro proficuo agli studenti impone che l'osservazione elementare semplice preceda quella più complessa intimamente aderente, questa le successive, di guisa che lo studente movendo da un primo fatto sia costretto spontaneamente a fare a sè stesso domande che lo conducono al secondo, al terzo, al quarto e quindi alla critica dell'insieme.

Ecco perchè in questo libro si trovano capitoli nei quali questioni, apparentemente diverse, vengono ad essere raggruppate, ricorrendo per questo scopo ad esperimenti desunti da ricerche *sicure* di moltissimi studiosi e da nuove ed opportune indagini dell'Autore stesso.

Dovendo poi il trattato servire agli studenti più che agli studiosi, che vogliono conoscere le diverse opinioni scientifiche sopra argomenti che li interessano da vicino, l'Autore non si è preoccupato affatto di quanto può costituire il còmpito di un grande trattato di consultazione; ma ha solo esposto in modo breve, talvolta anche schematico, quanto occorre agli studenti per capire le lezioni e le esperienze di scuola ed ha corredato il libro di figure diagrammatiche atte ad essere proiettate nel corso dell'insegnamento.

Assai proprio è perciò il titolo che l'A. gli ha dato di « *Guida* » essendo questo lo spirito che ha informato tutta l'opera.

Per la prima volta in un trattato di fisiologia compare un'appendice di psicologia sperimentale e a buon diritto, essendo questa l'ultima ed eletta figlia della fisiologia. È, se mi è permessa la frase, lo studio della funzione delle funzioni.

Peraltro, questa appendice, è il semplice saggio di una psicologia che nasce dalle nozioni scientifiche precedentemente esposte ed è espressa in forma dialogata per essere accessibile a tutte le menti. Ha anch'essa carattere di spiccata personalità come tutto il libro.

L. B.

MULLER. *Die normale und pathologische Physiologie der Bohne.* Lipsia, Johann Ambrosius Barth, editore, 1924. Prezzo M. 12-14.

Il carattere della pubblicazione è precisato nel'a prefazione redatta dal Maestro, il prof. Läwena.

Si tratta di una ricapitolazione dei dati fondamentali che, nella fisiologia e nella patologia del sistema osseo, sono stati finora forniti dall'esperimento. E il lavoro così concepito non è

che la prima puntata di quello che dovrebbe diventare un manuale dell'ortopedia sperimentale, comprendente, sotto lo stesso obiettivo, le articolazioni, i muscoli, i tendini e i nervi.

L'A. ha svolto questo primo argomento, del sistema osseo, trattando in una parte la biologia del tessuto osseo, nella sua triplice varietà di osso definitivo, osso in accrescimento, osso che si rigenera, e svolgendo in una seconda parte la fisiologia patologica dell'osso nelle sue manifestazioni fondamentali di atrofia e ipèrtrofia, rachitide e osteomalacia, deformità di accrescimento, malacie localizzate.

Riferendosi al concetto fondamentale in cui l'A. riassume il frutto della sua disamina, i fattori che influiscono biologicamente sull'osso sono: influenze meccaniche, influenze alimentari, circolatorie, nervose, secretorie; e tutta la fisio-biologia del tessuto osseo si impernia nell'equilibrio e nello squilibrio fra fattori meccanici — che rappresentano il carico funzionale delle ossa — e gli altri fattori — che sono quelli dai quali le ossa ricavano la loro resistenza. B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Padova

Seduta del 19 Dicembre 1924.

Presidenza: Prof. A. CEVIDALLI, presidente.

Un caso di laringostenosi cronica trattato con il metodo proprio.

Prof. Y. ARSLAN. — La laringostenosi cronica, il più difficile capitolo della laringologia, ha stimolato molti autori a ricercare il metodo più adatto per conseguire una dilatazione permanente della glottide, senza nel tempo stesso rinunciare temporaneamente all'apertura tracheale. I metodi fin qui escogitati non rispondono però, in generale, a quelle condizioni ideali di adattamento, tolleranza ed efficacia, necessarî per il conseguimento della guarigione. Tali condizioni ideali sono pressochè raggiunte dal metodo dell'O., usato da 18 anni: prova ne sia la guarigione dei molti casi, presentati sia nel 1906 al Congresso di Torino, sia a questa onor. Assemblea. L'O. rimanda alle precedenti comunicazioni la particolareggiata descrizione dell'apparecchio. Viene presentato, questa volta, un bambino che all'età di 5 anni fu operato di tracheotomia per difterite. In seguito sofferse di stenosi quasi completa della glottide e dei primi due anelli tracheali, per varie cicatrici viziose e per pacchi di granulazioni. L'ammalato, dopo aver subìto varie cure, si presentò all'O. il 29 ottobre '24 in condizioni gravi. Fu applicato allora, dopo la creazione d'una nuova cavità laringea, l'apparecchio dell'O. Fino ad oggi, tale apparecchio è tollerato benissimo dall'ammalato, che respira comodamente per la glottide canalizzata e si trova in ottime condizioni di salute.

Iperplasia nodosa della milza a carattere angiofibromatoso.

Dott. A. FABRIS. — In una sifilitica quarantenne, morta per setticemia da decubiti, venne repertata nella milza, esteriormente normale, una quantità di formazioni tondeggianti grosse da un pisello a un cece, biancastre e rilevate sul taglio, un po' più sode del parenchima circostante dal quale si distinguevano nettamente, e talune con centro emorragico. Detti nodi a prima vista sembravano metastasi neoplastiche; al microscopio invece risultano di connettivo fibroblastico solcato da numerosissimi vasi che paiono dipartirsi dal centro per irradiarsi alla periferia fino a sperdersi nella polpa attorniante il nodo, pur sempre avvolti da uno spesso manicotto fibroso.

Non si tratta di fatti luetici ma di neoformazioni angioblastiche le quali non rientrano però nel quadro dei comuni angioni, in quanto rivelano una fisionomia loro propria dovuta forse al peculiare contegno dei vasi nella milza e che giustificano l'appellativo loro assegnato di *angiosclerомi*.

Esperienze con composti dell'antimonio pentavalente sulle tripanosomiasi dei topi.

Prof. E. MENEGHETTI. — Da esperienze fatte all'Istituto Pasteur con tartaroantimoniato di sodio, su ratti e sorci bianchi, infettati con tripanosomiasi diverse, risulta che i composti dell'antimonio pentavalente sono 30-40 volte circa meno attivi di quelli dell'antimonio trivalente.

Mollusco contagioso della palpebra.

Dott. L. ZOLDAN. — L'O. presenta un caso di mollusco contagioso della palpebra, in un uomo di 27 anni, con sede al bordo palpebrale inferiore, all'angolo interno dell'occhio destro.

La produzione ulcerata, a bordi rilevati, coperta da una crosta siero-ematica, posava su tessuto edematoso, infiltrato, e per la sua sede e per le sue manifestazioni cliniche aveva tutto l'aspetto di un epitelioma: l'età del soggetto rendeva dubbia la diagnosi. Si praticò l'esame istologico su un pezzetto di tessuto e si misero in evidenza i caratteristici corpi del mollusco. Studiata la produzione su sezioni seriate, l'O. richiama l'attenzione sull'istogenesi del mollusco e più precisamente si propone di vedere in quale strato di elementi abbiano inizio le alterazioni che daranno poi luogo ai corpi di Henderson e a carico di quale componente cellulare si sviluppino tali corpi. Crede che le modificazioni si verifichino per prime nello strato più esterno della produzione, e cioè negli elementi che posano sulla capsula connettiva che limita la neoformazione dal tessuto circostante, e a formare i corpi del mollusco ritiene concorra l'endoplasma cellulare e parte del nucleo. L'ectoplasma subìta una trasformazione cheratinica sarà destinata ad avvolgere il corpo di Henderson neoformatosi finchè questo non si renderà libero nella cavità centrale.

A. R.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Nozioni recenti sulla sifilide ereditaria.

Il gran numero di casi di sifilide ereditaria, apparsi dopo la guerra, ha permesso di precisare la questione. È anzitutto necessario stabilire quali bambini vanno trattati. Per ciò si deve dapprima distinguere la sifilide ereditaria evidente da quella latente. Per la prima, impongono il trattamento le seguenti manifestazioni. Il penfigo palmoplantare (sifilide papulo-bollosa); la coriza sieropurulenta precoce e tenace; la megalosplenia precoce, cronica, che può essere però determinata anche dalla tubercolosi, ma solo dopo i due mesi di età; le sifilidi cutaneo-mucose (maculose, papulose, e specialmente le fessure radiate commessurali delle labbra e delle palpebre); l'osteo-condrite della diafisi delle ossa lughe (malattia di Parrot).

Più complesso è il problema delle sifilidi ereditarie latenti. Per quanto riguarda gli antecedenti familiari, si sorveglierà il discendente di genitori sifilitici, qualsiasi cura questi abbiano fatto e qualunque sia il responso di laboratorio per i genitori. Il primo segno di probabilità consiste nella debolezza congenita (insufficienza di altezza — meno di 49 cm. — e di peso), e l'accrescimento lento ed irregolare di un bambino ben nutrito e che non presenta disturbi digestivi.

Dopo i 2-3 mesi di vita, il bambino può presentare altri sintomi. La sindrome osteo-linfatica del rachitismo, specialmente la cranio-tabe con l'ipertrofia del sistema ganglionare, particolarmente dei gangli epitrocleari e le vegetazioni adenoidi precoci. Oppure si hanno disturbi digestivi, malattia dei vomiti abituali, anoressia, melena, che acquista speciale valore se associata ad altre emorragie; si tratta allora di una sindrome epatica, in cui predomina l'ittero. Una parte importante l'hanno i disturbi nervosi; convulsioni essenziali precoci, in cui la puntura lombare rivela una leggera linfocitosi, strabismo convergente congenito, idrocefalo congenito. Vi sono da aggiungere anche disturbi trofici (onissi), lesioni dell'apparato genitale (idrocele unilaterale congenito che dura a lungo) malformazioni congenite particolarmente del cuore.

Nessuno di questi segni isolati può avere significato patognomonico; la loro constatazione permette di sospettare la sifilide; quando si rilevano in figli di sifilitici confermati, impongono il trattamento. La reazione di Wassermann nel bambino ha un valore molto minore che nell'adulto e non si può contare sulla sua assenza per escludere l'esistenza di una sifilide in evoluzione.

(*Journal des Praticiens*, 20 dic. 1924).

fil.

Le stigmate di lue congenita.

Il così detto dente di Hutchinson non ha più oggi il valore di un tempo, in quanto che lo si è trovato in soggetti certamente non sifilitici, mentre manca spesso in questi. Maggior valore attribuisce Hensen (*Deutsche mediz. Wochenschr.*, 1924, n. 34) all'esame dell'occhio. La lue congenita, di fatto, colpisce con preferenza gli occhi, come lo dimostra la cheratite parenchimatosa, che fa parte della triade di Hutchinson. In molti casi, le anomalie pupillari costituiscono l'unico sintomo; la reazione alla luce è più o meno attenuata, quella di convergenza è invece inalterata. Il primo fatto, se accertato in un giovane, deve far sorgere il sospetto di lue congenita; la diagnosi, se vi è qualche altra stigmata, è certa, anche se la reazione del *liquor* fosse negativa

Importante è anche la corio-retinite, di cui si distinguono quattro tipi: 1) piccole chiazze giallo-rossastre disseminate a pigmentazione puntiforme; 2) chiazze estese, con prevalenza di focolai oscuri; 3) prevalenza di chiazze chiare; 4) alterazioni simili a quelle della retinite pigmentosa. Tali alterazioni sono del tutto caratteristiche. Altro segno è pure l'atrofia del mascellare superiore, ben più frequente del naso a sella.

fil.

Epatiti febbrili nella lue tarda dei bambini.

Buttenwieser e Biberfeld (*Med. Klinick*, numero 47, 1924) riferiscono due casi di bambini sui 10 anni, eredoluetici che da molto tempo (in uno dei casi da due anni) soffrivano di febbre a tipo irregolarmente intermittente. Il decorso della febbre era intermittente e giornalmente la temperatura arrivava fino quasi alla norma; la temperatura era elevata nelle ore della sera. Questo tipo di febbre fa facilmente sospettare un processo tubercolare; nei casi riferiti le reazioni biologiche riescirono però negative per la tubercolosi. Risultata positiva la Wassermann nel sangue venne istituita una energica cura antiluetica (Neosalvarsan) che determinò rapida scomparsa della febbre. In tutti e due i casi il fegato era notevolmente ingrandito. POLL.

Sulla lue viscerale e sulla febbre epatica luetica.

(S. KORAC. *Deutsche Med. Wochsch.* N. 41, 1924).

La localizzazione peritoneale della sifilide viscerale è molto rara. Essa è importante conoscersi

perchè determina spesso forme adesive e cirrotiche di peritonite. La diagnosi di queste forme di peritonite cronica è molto difficile specialmente in quanto concerne la differenziazione dalla forma tubercolare; durante la laparotomia si trovano adesioni multiple fra i diversi organi addominali e si attribuiscono spesso erroneamente queste aderenze ad un processo di appendicite cronica. In molti casi è leso il fegato ciò che determina una febbre a tipo remittente talvolta elevata · la febbre epatica sifilitica. Terapeuticamente è efficace il mercurio combinato al ioduro di potassio. È riferito un caso di peritonite diffusa adesiva in una paziente che si era ammalata con dolori all'addome, febbre intermittente; si era poi sviluppata una tumefazione di forma irregolare, dolente alla palpazione, in corrispondenza al quadrante superiore destro dell'addome. Reazione di Wassermann positiva. Una cura con ioduro di potassio determinò la scomparsa della febbre e regressione della tumefazione. Persistendo i dolori venne eseguita una laparotomia che dimostrò delle aderenze multiple tra i visceri

POLL.

TERAPIA.

La terapia emoclasica mediante iniezioni endovenose di glucosio.

L'azione emoclasica o colloidoclasica dello *shock* è stata sfruttata nella terapia delle malattie infettive. Ora tale azione può essere ottenuta, oltre che con proteine eterogenee, anche mediante soluzioni ipertoniche di glucosio introdotte per via endovenosa. Secondo A. Ceresoli (*Annali di clinica terapeutica*, 1° giugno 1924) anzi, tali soluzioni sono le meglio indicate, perchè determinano in modo costante una vivace reazione, la quale non è mai così violenta e pericolosa, come quella dei vaccini. Esse inoltre hanno anche il vantaggio di aumentare più che le altre sostanze emoclasiche, la diuresi e di agire come tonico del muscolo cardiaco.

Con le dovute cautele, si iniettano 200-300 cmc. di soluzione al 25 % di glucosio purissimo, sciolto a bagno-maria in acqua bidistillata e sterile. Per la fleboclisi, si impiegheranno 20-30 minuti, dovendosi procedere con una certa lentezza. Sarà inoltre bene aggiungere alla soluzione da iniettare un mg. di adrenalina per moderare la vaso-dilatazione che si determina durante la crisi e praticare, prima e dopo, delle iniezioni cardiocinetiche. Di regola, bastano tre fleboclisi, rispettivamente di 200-300-400 cmc., per influire notevolmente sull'andamento della malattia. La prima determina di solito una reazione alquanto violenta, mentre le successive danno reazioni sempre minori; per ciò è bene iniziare con dosi basse. Buoni risultati si sono ottenuti nel tifo e nei paratifi, nelle angiocoliti tifose, nelle cisto-pieliti e nelle setticemie puerperali. Scarsi effetti si sono invece avuti nelle endocarditi lente.

Bisogna però tener presente che le fleboclisi vanno applicate per tempo, quando il cuore, dal quale si richiede uno sforzo maggiore sebbene transitorio, è ancora in buone condizioni; allora, purchè si faccia uso dell'adrenalina, i pericoli del collasso circolatorio non sono temibili, anche se la sintomatologia dello *shock* appaia imponente.

fil.

Il trattamento tiroideo delle nefriti.

Non sono rare le osservazioni di casi con edemi voluminosi, albuminuria ed azotemia rilevanti, guariti con gli estratti tiroidei. Anche Marchiafava e Bignami hanno segnalato la diminuzione dell'albuminuria nefritica per mezzo della medicazione tiroidea. Recentemente D. Campanacci (*Wiener med. Woch.* e *Journal des praticiens* 13 sett. 1924) ha osservato tre casi di anasarca, trattati con successo mediante la tiroidina. Si deve però rilevare che questi edematosi ribelli ai trattamenti diuretici erano degli ipotiroidei · di fatto, in essi il metabolismo basale era 30-40 % al di sotto del normale e la cura tiroidea lo riportò alla norma. Si potrebbe quindi domandarsi se la nefrite in tali casi non fosse di origine tiroidea.

Comunque, è un fatto assodato che il trattamento tiroideo ad alte dosi di gr. 0,3 a g. 1,50 di estratto secco, dato 4-6 volte nelle 24 ore, in certe nefriti con grandi edemi, senza ipertensione e con molta albumina, ribelli ai trattamenti diuretici ed al regime, può dare risultati notevoli, a condizione di essere continuato per circa tre settimane.

fil.

Ricalcificazione dei tubercolotici.

L. Cheinisse, in una delle sue interessanti attualità terapeutiche (*Presse Médicale*, 20 settembre 1924), rende note le osservazioni di Rosen (da Mosca), il quale ha trattato 200 casi di tubercolosi attiva con iniezioni endovenose di cloruro di calce.

Questo veniva usato in soluzione a 1.5 %; di tale soluzione s'iniettava, in media, la notevole quantità di 300 cmc. Le iniezioni venivano praticate, di regola, a giorni alterni, in due serie di 15 ciascuna, con un intervallo di 10 giorni tra le due serie. Il liquido veniva bollito od autoclavato e prima dell'iniezione portato a 40° C.; l'iniezione veniva praticata lentamente e osservando tutte le regole dell'asepsi. Durante la cura veniva som-

ministrato il calcio anche per bocca (coi cibi e come farmaco). Per questa calciterapia complementare corrispose bene la formola: cloruro di calce, g. 0.1; creta preparata, 0.2; fosfato tricalcico, 0.1; per 1 carta; di tali 3-6 al giorno: la miscela è bene tollerata anche dai dispeptici. L'A. ebbe ricorso anche al calcio organico (polvere di gusci d'uova, di ossa di seppia, glicerofosfati).

Già nella seconda settimana si notò aumento di peso associato a rafforzamento dell'azione cardiaca; scomparvero la febbre, i sudori, la tosse e verso la fine del terzo mese i bacilli dall'espettorato; i segni plessici e ascoltatori persistettero più a lungo. Recidive si sarebbero prodotte solo in 30 pazienti, durante i primi tre anni dopo la guarigione clinica. L. V.

Il citrato sodico come emostatico.

M. Renaud (*Paris Médical*, 20 settembre 1924) ricorda i successi ottenuti da Hofmeister e Neubauer con iniezioni intramuscolari di soluzioni citrato-sodiche concentrate, prima delle operazioni, per ridurre le emorragie consecutive.

Incoraggiato da questi risultati, l'A. ha tentato il rimedio nelle emorragie da tumori maligni ulcerati, iniettandolo nelle vene. Afferma di aver ottenuto effetti sorprendenti: in molti casi le emorragie, prima continue, cessarono fin dalla prima iniezione e non riapparvero per 4-5 mesi. Da quando venne istituito questo trattamento nell'ospedale ove esercita l'A. non si sono più avute emorragie da carcinoma.

Effetti eccellenti furono anche manifesti nelle emottisi, menorragie, emorragie da emorroidi e da altre cause.

Il trattamento può essere tentato nelle emorragie da parto e nelle metrorragie da fibromi.

L'A. inietta 15-30 cmc. di una soluzione di citrato in acqua, al 30%. La soluzione dev'essere fresca, perchè instabile. In alcuni casi si determina uno *shock* transitorio, di nessuna gravità. L. V.

Posologia dei sali di bismuto.

I sali di bismuto vengono divisi da A. Galliot (*Paris Médical*, dic. 1924) in solubili ed insolubili.

I primi si eliminano rapidamente, non hanno quindi azione durevole, e devono essere iniettati a brevi intervalli. I secondi, più ricchi in bismuto-metallo, si eliminano invece con lentezza.

Poichè l'attività del medicamento è in rapporto a tale contenuto in Bi-metallo, caso per caso un prodotto riuscirà più efficace di un altro. Nella scelta della preparazione va piuttosto tenuto in gran conto l'elemento dolore e l'elemento tolleranza. Il medico dovrà quindi basarsi molto sulla reazione individuale.

In generale i sali solubili sono da somministrarsi allorchè si desidera azione rapida, e quando si temono fenomeni d'intossicazione e di accumulo. La via d'introduzione è l'endovenosa o endomuscolare.

I sali insolubili si iniettano profondamente nei muscoli e riescono utili nelle forme viscerali e nervose. La dose, pei sali solubili, considerando a 60 kg. il peso medio di un uomo, è di 0.10-0.15 di bi-metallo per iniezione, e 2.5-3 per serie, a intervallo di 3 settimane in media.

Per le sospensioni colloidali, più povere in bimetallo, ma molto più attive, la dose è di 0.02-0.04 e 0.70-0.80 per serie.

Per i sali insolubili: 0.20-0.30 per iniezione e 2.5-3 per serie, a intervallo di circa 6 settimane. In ogni caso è bene accertarsi coll'esame delle urine dell'eliminazione completa del medicamento.

Per i bambini che non camminano ancora, si usino i sali solubili, in ragione di gr. 0.002 per chilogrammo e per settimana, in serie di 12-15 iniezioni.

Per i bambini che camminano sono indicati tanto i sali solubili che gl'insolubili, secondo i casi, in dose di gr. 0.01 per anno e per settimana, in serie di 12-15 iniezioni. M. FABERI.

Sull'azione del magnesio.

Il solfato di magnesio, dice K. Hösch. (*Münch. Med. Klinik*, n. 4-8, 1924), ha azione paralizzante su tutte le parti del sistema nervoso, particolarmente però sulle terminazioni nervose, esso inibisce del tutto o quasi i movimenti, le eccitazioni e le eccitabilità. In caso di stitichezza spastica riesce particolarmente utile la somministrazione sottocutanea di solfato di magnesio, che va però praticata soltanto in quei casi in cui con altri mezzi non si ottiene lo scopo, o in cui si deve evitare la somministrazione orale di un purgante: (stati di eccitazione dello stomaco, ulcera gastrica sanguinante).

L'azione paralizzante del solfato di magnesio può riuscire utile nell'asma bronchiale e negli stati di eccessiva secrezione di sudore. L'iniezione sottocutanea di piccole dosi, circa un grammo, è priva di pericoli. POLL.

Il salicilato di sodio in dermato-venereologia.

L'applicazione del salicilato di sodio in dermatovenereologia è abbastanza recente, ed i risultati ottenuti appaiono favorevoli. Esso può avere le seguenti indicazioni.

Granuloma anulare. Si dà per via orale a dosi di 3-6 grammi al giorno, per uno-due mesi. *Cheratodermia simmetrica palmare o plantare;* iniezioni endovenose della soluzione al 10 per cento, in dosi di 1-4 grammi; a giorni alterni. *Psoriasi;* efficace in iniezioni endovenose nel tipo secco,

molto squamoso, poco rosso e punto seborroico; l'azione è favorita dalla medicazione locale con pomata al 1/2 per cento di acido crisofanico. *Eritema nodoso acuto;* si dà per via orale nei casi di media intensità, per iniezioni endovenose, quando l'eruzione è molto estesa o molto dolorosa.

Buoni effetti si hanno anche in casi di *blenorragia*, specialmente nelle fasi acute delle uretriti posteriori e nella cistite del collo, usandolo per via orale; nelle monoartriti e nelle epididimiti, facendo iniezioni periarticolari o periepididimali con la soluzione a 1/2-1 per cento, a giorni alterni. E. A. Sainz De Aja (*Clinica y laboratorio*, luglio 1924) ha usato il salicilato, nelle dosi come per la cheratodermia, in uno dei rari casi di *cheratodermia gonococcica*, nel quale tutti gli altri medicamenti avevano dato insuccessi. Lo stesso A. consiglia l'uso prolungato del salicilato, nella *sclerosi dei corpi cavernosi*, in cui si ottengono risultati di gran lunga superiori a quelli che si hanno con i raggi X, la fibrolisina ed il radio.

fil.

Nel cancro della vescica.

L. Vidouze (*Thèse de Toulouse*, 1924) ispirandosi alle ricerche di Legueu ed a quelle di Marsan e Flandrin, ha applicato il mesothorium, per iniezioni endovenose o endomuscolari, in 22 soggetti. Gli ha corrisposto sovratutto la concentrazione di 2 microgrammi per cmc. (concentrazione C di Buisson); meno bene quella di 1 microgramma (B di Buisson). Dosi: 1-2 cmc. per le iniezioni endovenose (preferibili); 1-5 cmc. per le iniezioni intramuscolari. Ha praticato anche, a titolo supplementare, delle iniezioni paravescicali, nello spazio di Retzius (ago da puntura lombare, affondato subito sopra il pube dall'alto in basso facendolo aderire alla superficie interna; a destra od a sinistra della linea mediana, secondo la posizione del tumore); dose: 2-5 cmc.; iniettare lentamente. Durata complessiva del trattamento: da alcune settimane a 3-4 mesi; quantità totale media di mesothorium iniettata: 40-50 microgrammi. Per facilitare l'eliminazione degli sfaceli, l'A. ha praticato anche l'elettrocoagulazione e la fulgurazione.

I risultati clinici sono assai buoni; si traducono in miglioramento delle condizioni locali (dolori, pollacuria, ematuria, ecc.) e dello stato generale.

R. B.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La cute ed il bilancio dell'acqua.

Il meccanismo regolatore del movimento dell'acqua nell'organismo, non si trova solo nei reni, nell'intestino, nelle ghiandole sudoripare, ma in tutto il tessuto extrarenale, nel rene primitivo, secondo l'espressione di Volhard. Esso è comandato dagli joni, alcuni dei quali funzionano come idropigeni (sodio), altri come anidropigeni (magnesio, potassio), nonchè dall'influenza dei fattori ormonici; p. es., la tiroide e l'ipofisi agiscono come antagonisti. Nè è da trascurarsi l'azione delle ghiandole germinative e di tutto il sistema vegetativo.

Di notevole importanza per la patologia dell'eczema, specialmente infantile, è il movimento dell'acqua nei tessuti. Questi, nel bambino, si trovano impregnati di acqua, in stato di disposizione edematosa; questa è elevata nei bambini eczematosi, con intolleranza per il sale. La questione è connessa con quella delle reazioni cutanee di sensibilità ed in questi elementi si potrà forse trovare la spiegazione per le diverse forme di eczema, secco ed umido.

E. Pulay (*Deutsche med. Wochensch.*, 21 novembre 1924) riporta due casi di eczema che si connettono con questo argomento. Nell'uno si trattava di un bambino di 21 mesi con eczema umido universale, nutrito solo con dieta liquida, con una diuresi giornaliera di 150 cmc. La somministrazione di diuretina in suppositori da g. 0.5, portò gradatamente la diuresi ad 800 cmc. giornalieri e la scomparsa dell'eczema. Sospesa la diuretina, diminuì la diuresi e ritornò il prurito. La somministrazione di estratto tiroideo in piccole dosi portò alla definitiva guarigione, che si mantiene da un anno.

In un altro caso, si trattava di una donna di 38 anni con eczema generalizzato, da naftalina, e diuresi ridotta a 400 cmc. al giorno. La diuretina rimase senza efficacia; invece, con l'uso dell'estratto tiroideo, si ebbe prontamente aumento della diuresi e scomparsa del prurito.

Questi casi dimostrano l'importanza del bilancio dell'acqua nella patologia cutanea e, dal punto di vista pratico, indicano che il trattamento dell'eczema, che fin qui veniva considerato dal solo punto di vista dell'intestino, deve anche tener conto delle funzioni di diuresi.

fil.

VARIA.

Gemelli monocoriali e bicoriali.

Il prof. Enriques nel suo eccellente libro testè pubblicato sulla eredità dell'uomo dedica un capitolo ai gemelli monocoriali e bicoriali. È un argomento di molto interesse, ed è quindi utile farne un riassunto.

È ben noto che vi sono gemelli dello stesso sesso i quali per i loro caratteri fisici e psichici sono somigliantissimi, somiglianti fino al punto che riesce difficile distinguerli, mentre vi sono

gemelli di sesso eguale o differente le cui somiglianze non vanno oltre a quelle che si riscontrano tra fratelli in generale.

I primi derivano da un solo uovo e sono quindi circondati nell'utero da un solo corion, mentre i secondi derivano ciascuno da un uovo e sono circondati da corion indipendenti.

Lo sviluppo dei gemelli monocoriali è stato studiato in una specie americana di armadillo. Nella *Tatusia novemcincta* il numero dei gemelli è sempre quattro. Essi sono molto simili tra loro, e la somiglianza è più stretta in due si essi tra loro, e negli altri due pure tra loro; tale circostanza corrisponde alla disposizione delle quattro ectoplacente, ed in tal maniera, da far pensare che i quattro gemelli corrispondano a regioni dell'embrione derivate dai primi quattro blastomeri L'uovo si divide dapprima in due blastomeri, di cui nello sviluppo abituale uno corrisponde alla parte destra del corpo dell'adulto, l'altro alla parte sinistra. I due blastomeri si dividono ancora ciascuno in due. Nella *Tatusia* dunque ogni embrione deriva forse da uno dei quattro blastomeri così formati, e la somiglianza dei gemelli a due a due dipende dal fatto che una coppia dipende dalla divisione del blastomero destro e l'altra dal sinistro.

Che nella specie umana i gemelli monocoriali derivino da un solo uovo è dimostrato ancora da vari fatti.

Si conoscono mostri con parti del corpo doppie, o di due individui quasi completamente formati, o completamente formati, ma rimasti attaccati tra loro per qualche parte del corpo, come i famosi fratelli Siamesi. Insomma vi sono tutti i possibili stadî di passaggio tra un piccolo parziale raddoppiamento e la completa separazione in due gemelli distinti.

I gemelli monocoriali sono dello stesso sesso ed uguali per quanto è possibile che siano uguali due organismi viventi.

Questa somiglianza si osserva non solo nelle fattezze esterne, nel colore degli occhi e dei capelli, ma anche nello sviluppo e disposizione dei muscoli, nella disposizione e ramificazione dei vasi sanguigni, nelle circonvoluzioni cerebrali, nella forma del cranio, nelle linee della mano.

Oltre a ciò si hanno somiglianze in tutte le funzioni; il modo di camminare è lo stesso; la stessa scrittura, almeno nell'adolescenza; la voce è la stessa; gli stessi sentimenti, la stessa intelligenza e memoria; gli stessi gusti; le stesse simpatie o antipatie: un paio di gemelli, per es., trova nelle matematiche lo studio preferito, mentre in un altro vi è per esse una concordante avversione.

Tali somiglianze si osservano fino dalla nascita e durano fino alla vecchiaia. Si conoscono casi di gemelli che hanno vissuto in città diverse, che hanno avuto diverse professioni e condizioni di vita, nei quali le somiglianze si sono attenuate solo pochissimo. Ad ogni modo non si conoscono casi di due gemelli eguali di cui uno sia divenuto grasso e l'altro magro, uno alcoolista e l'altro astemio.

V'è pure concordanza nelle malattie costituzionali e nelle deformità.

Una differenza interessante che si è osservata nei gemelli è questa: uno di essi talora è mancino. Ciò ha fatto avanzare la ipotesi che i due gemelli siano in un certo tempo l'immagine speculare l'uno dell'altro.

Un'altra particolarità interessante dei gemelli monocoriali è la maggiore simmetria delle due parti del corpo. Di questo fatto si può trovare la spiegazione nello sviluppo embriologico. La cellula uovo si divide in due cellule, i due blastomeri, che costituiscono il punto di partenza delle due metà del corpo. Quando questi due blastomeri si separano, anzi che restare uniti, per produrre ciascuno un individuo, si ha che in questo la metà destra e sinistra del corpo non sono prodotte con la prima divisione dell'uovo, ma con la seconda. La maggiore somiglianza delle due metà significa dunque che la seconda divisione dell'uovo è più regolare e precisa della prima.

I gemelli monocoriali derivanti dalla uguale divisione dello stesso germe hanno un uguale patrimonio ereditario, danno uguali prodotti. Anzi essi sono gli unici individui nel mondo che abbiano uguale patrimonio ereditario. Essi offrono perciò la maniera di studiare l'effetto delle condizioni d'ambiente sull'organismo. Di fronte a condizioni esterne diverse per ciascuno, se essi rimangono uguali, vuol dire che tali cause non sono incapaci di modificare l'organismo; se diversificano vuol dire che tali cause sono efficaci.

I gemelli bicoriali costituiscono una categoria distinta nettamente dalla precedente, dipendendo ciascuno individuo dalla fecondazione di uova differenti. I gemelli ordinarî sono come due fratelli in generale. Quando c'è somiglianza, si tratta di somiglianza ben differente dalla precedente. Essa può essere dovuta a qualche tratto fondamentale della fisonomia e del personale; ma quando si passa ad esaminare altri caratteri, non si ritrova più; non è collegata questa somiglianza che permette di riconoscere subito i due individui come fratelli, a somiglianze strette in tutti i caratteri morfologici di tutte le parti del corpo, in tutti i caratteri fisiologici e psichici.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

VIII. — Forme e rimedi giuridici nei casi di licenziamento deliberato nel corso del periodo di prova.

Essendo anche il medico impiegato comunale, spetta ad esso, quando sia licenziato in tronco, nel corso dell'esperimento, il ricorso alla G. P. A. in sede giurisdizionale. Qualora si provveda a questa ipotesi di licenziamento, sono applicabili al medico condotto, appunto perchè impiegato del Comune, le disposizioni vigenti per gli impiegati e salariati comunali, contenute nell'articolo 99 del regolamento per la legge comunale e provinciale il quale prescrive, nei casi in cui si debba procedere disciplinarmente, oltrechè la contestazione degli addebiti, il parere del Consiglio di disciplina.

Crediamo utile riportare la motivazione giuridica della decisione 21 agosto 1924 n. 616 della Va Sezione del Consiglio di Stato dalla quale sono tratte le massime sopra riassunte.

« Non v'ha dubbio che, come nella legge sanitaria manca una disposizione sulle guarentigie giurisdizionali estese al merito nei riguardi dei medici condotti licenziati dai Comuni per motivi disciplinari durante il periodo di esperimento, mancano del pari norme nella procedura disciplinare da seguirsi in tali casi. Con decisione 8 marzo 1918, n. 85, questa Sezione, considerato non potersi negare che anche il medico condotto sia un impiegato comunale e che ove venga licenziato nelle suesposte condizioni avrebbe guarentigie giurisdizionali minori degli altri impiegati comunali di grado inferiore e perfino dei salariati se non si applicano eziandio nei suoi riguardi l'art. 1, n. 12 della legge 17 agosto 1907, n. 639 (corrispondente all'art. 4, primo capoverso, del vigente T. U., 26 giugno 1924, n. 1058) che concede loro il ricorso alla G. P. A. esteso al merito, ha ritenuto che eguale ricorso competa al medico condotto licenziato in tronco in corso di esperimento.

« Ora lo stesso ordine di considerazione porta facilmente alla soluzione della questione relativa al procedimento disciplinare da seguire.

« Dal momento infatti che il medico condotto è pur esso impiegato del Comune, all'altra lacuna legislativa dianzi accennata, si ripara logicamente applicando le disposizioni vigenti per gli impiegati e salariati comunali, contenute nell'art. 99 del regolamento per la legge comunale e provinciale, che prescrive oltre che la contestazione degli addebiti il parere del Consiglio di disciplina. Nè varrebbe in contrario l'osservazione che i Consigli di disciplina pel modo in cui sono costituiti non potrebbero avere competenza e riferimento ai medici condotti: perchè, come rilevò la IV Sezione con decisione, 1° maggio 1914, n. 174, detti Consigli non sono costituiti in guisa da rispondere al concetto di una competenza tecnica per ogni ramo di servizio o della particolare rappresentanza di ciascuna categoria d'impiegati, e conseguentemente i medici condotti non si trovano sotto questo aspetto in condizione diversa da quella di altri dipendenti del Comune.

« La difesa del ricorrente pur riconoscendo che nella specie, non essendo applicabile l'art. 32 della legge sanitaria, bisogna far capo alle norme generali vigenti per le procedure disciplinari, nega però che debba essere sentito il parere del Consiglio di disciplina.

« Ora, non si comprende la ragione di siffatta esclusione, dal momento che questo parere è prescritto dall''art. 99 del regolamento che detta appunto le norme al riguardo per gli impiegati e salariati comunali le quali non possono essere che quelle cui il ricorrente intende riferirsi.

« Per due ordini di considerazioni si vorrebbe limitato il procedimento disciplinare alla sola contestazione degli addebiti: e cioè sia perchè ritiensi l'art. 99 applicabile nella sua pienezza ai soli impiegati in pianta stabile, mentre qui tratterebbesi di una persona che presta servizio temporaneo o provvisorio, sia perchè estendendo al dott. Felli anche la disposizione che prescrive il parere del Consiglio di disciplina gli si concederebbero guarentigie maggiori di quelle accordate al medico che acquista il diritto alla stabilità.

« Ma alla prima considerazione si risponde che un medico condotto nominato dal Consiglio in seguito a concorso e che dopo due anni acquista senza bisogno di conferma il diritto alla stabilità non ha nulla a vedere con chi viene assunto per un servizio temporaneo e provvisorio; ed alla seconda che (a parte le guarentigie d'altro genere concesse dall'art. 34 legge sanitaria ai medici stabili, cioè due terzi almeno dei consiglieri assegnati al Comune e parere del Consiglio provinciale sanitario), il confronto con questi medici non ha più ragione d'essere agli effetti di cui trattasi, ognora che al medico in esperimento debbonsi, pel motivo dianzi esposto,

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. Giovanni Selvaggi, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

applicare le norme dell'art. 99, indipendentemente da ogni indagine se siano più o meno favorevoli di quelle dell'art. 34.

« Rileva infine la Sezione che fuori proposito furono dalla difesa del Comune invocate a sostegno del suo assunto limitatore delle guarentigie di cui all'art. 99 le decisioni di questa Sezione del 25 ottobre 1912, n. 437 e dell'8 marzo 1918, n. 85. Ne l'una nè l'altra ha infatti ritenuto esser sufficiente — come afferma il ricorrente — nei riguardi dei medici condotti la contestazione degli addebiti e la prefissione del termine per la discolpa. Invero, nel caso deciso colla prima non è punto sorta questione se fosse altresì necessario il parere del Consiglio di disciplina, ma solo si sosteneva dal Comune che non occorresse la contestazione degli addebiti perchè i fatti colposi erano abbastanza provati ed assodati nella loro realtà: e la Sezione ritenne che anche in questa ipotesi la punizione disciplinare doveva essere preceduta dalla contestazione degli addebiti all'interessato a dare sue giustificazioni, con che l'altra questione non fu punto toccata.

« Quanto poi alla seconda decisione di cui la Sezione si occupò più sopra, la questione ha vertito esclusivamente sul punto se ai medici condotti licenziati in tronco durante il periodo di esperimento per motivi disciplinari spettasse o meno il ricorso alla G. P. A. Nella specie giova anche rilevare che, come afferma la difesa del medico e non è smentito dalla controparte, nel capitolato furono richiamati i regolamenti generali e speciali che si applicano agli impiegati del Comune.

« Non merita dopo ciò censura la impugnata decisione se — sia pure per considerazioni non perfettamente identiche a quelle fin qui esposte, le quali debbono intendersi sostituite alle considerazioni della G. P. A. — concluse per la legittimità e conseguente annullamento della deliberazione di licenziamento, il che porta al rigetto del ricorso ».

IX. — Questioni varie in rapporto alla riforma degli organici.

È inammessibile un motivo di ricorso se l'atto non sia stato notificato ai controinteressati (colleghi dell'impiegato ricorrente), i quali sarebbero direttamente pregiudicati nel loro interesse dall'accoglimento del motivo proposto.

Alla eccezionale revisione delle tabelle organiche e del personale degli enti locali, ordinata dal R. D. 27 maggio 1923, n. 1177, non sono applicabili le regole dell'ordinario licenziamento degli impiegati.

L'indennità dovuta ad un impiegato o salariato dispensato dal servizio in applicazione del R. D. 27 maggio 1923, è soltanto quella prevista dall'art. 3 del decreto anzidetto, e non quella che (per lo stesso titolo) sia prevista da un regolamento speciale dell'ente.

In una deliberazione di dispensa dal servizio, motivata dal giudizio di scarso rendimento, non è a ravvisare eccesso di potere quando non sia dimostrato un assoluto e manifesto contrasto fra il giudizio ed i suoi presupposti di fatto.

Non può dichiararsi nulla per difetto di competenza e usurpazione dei poteri spettanti al Consiglio comunale ma è da considerare come mero atto esecutivo una deliberazione della Giunta municipale che determina a una data posteriore la esecuzione della deliberazione di licenziamento adottata dal Consiglio comunale.

Di queste risoluzioni, contenute nella decisione 18 settembre 1924, n. 655, della IV Sezione del Consiglio di Stato, richiede breve delucidazione la quarta, concernente la dispensa per scarso rendimento.

I decreti 27 maggio e 24 settembre attribuirono il potere di dispensa dal servizio — eccettuati i casi di nullità delle deliberazioni di nomina a posto di organico senza concorso, posteriormente al maggio 1915 e il licenziamento del personale avventizio — come conseguenza della *riduzione* dei posti di organico. Questo era il presupposto necessario della dispensa del personale che sarebbe risultato in soprannumero. Ma, se fossero rimasti immutati i posti di organico, gli enti locali non avrebbero potuto dispensare un impiegato, per scarso rendimento, in forza dei poteri straordinari. In questo caso si sarebbero dovute osservare le norme e le garanzie comuni.

X. — Adunanza consigliare segreta.

Ai sensi dell'art. 295 della legge comunale e provinciale 4 febbraio 1915, n. 148 (T. U.) la seduta del Consiglio comunale non può essere pubblica, quando si tratti di questioni concernenti persone: pertanto, deve essere segreta la seduta nella quale si deliberi di negare la nomina di un impiegato, malgrado la proposta della Commissione esaminatrice, prendendo in esame le qualità personali del designato.

A termini degli articoli 161 e 164 del regolamento 12 febbraio 1911, n. 299, quando l'adunanza consigliare è segreta, deve nel verbale farsene espressa menzione; di guisa che, quando tale constatazione manchi, si deve ritenere che l'adunanza è stata tenuta nella forma ordinaria che è quella pubblica. (Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione 30 ottobre 1924, n. 795, ric. Russo).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Disposizioni sulla P. I.

La *Gazzetta Ufficiale del Regno* ha pubblicato le seguenti disposizioni sulle Università:

Art. 1. — Professori delle Università e degli Istituti Superiori di cui alla tabella *B*, sono professori di Stato.

La loro condizione giuridica è uguale a quella dei professori delle Università e degli Istituti Superiori indicati nella tabella *A* dello stesso R. D. 30 settembre 1923, n. 2102.

Fermo il disposto dell'art. 84 dello stesso R. D., che pone a carico delle singole Università e dei singoli Istituti le spese per gli stipendi e per tutti gli emolumenti spettanti ai professori di ruolo, la condizione economica di essi è stabilita nel regolamento interno della Università o dell'Istituto Superiore entro i limiti fissati dall'art. 3 del R. D. 6 dicembre 1923, n. 2656, previa deliberazione del Consiglio d'Amministrazione.

Art. 2. — In caso di soppressione di Università, Istituti Superiori, come pure in caso di soppressione di Facoltà o Scuole, ai professori si applicano le disposizioni degli art. 87, 89 (escluso il comma 2), 91, 92 e 94 del R. D. 30 dicembre, n. 2960.

Art. 3. — I professori, che a norma del R. D. 30 settembre 1923, n. 2102, rimangono o sono destinati presso le Università o gli Istituti di cui alla tabella *B*, qualora siano successivamente trasferiti ad altre Università della stessa tabella *B*, conservano il trattamento economico previsto negli articoli 19 e 20 del R. D. 22 maggio 1924, n. 744.

Art. 4. — Quando un professore di ruolo sia impedito di attendere alle mansioni del suo ufficio per un periodo di tempo superiore ad un mese a causa di incarichi speciali conferitigli dal Governo, e si renda necessario provvedere alla supplenza, la spesa per la supplenza stessa è a carico del bilancio dello Stato.

Art. 5. — Ai professori di ruolo possono essere affidate supplenze e incarichi retribuiti nelle proprie o in altre Facoltà e Scuole, secondo l'ordine fissato dall'art. 44 del Regolamento universitario.

L'incarico di uno stesso insegnamento non può essere tenuto per oltre due anni.

Art. 6. — Nessun posto di ruolo può essere lasciato vacante per un periodo superiore ad un biennio, salvo eccezionali motivi da valutarsi dal Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione.

Art. 7. — Per il primo funzionamento delle Università e degli Istituti Superiori liberi il Consiglio d'Amministrazione è costituito, ed i Rettori, Presidi e Direttori sono nominati secondo norme transitorie stabilite nei rispettivi statuti.

Per provvedere, entro i limiti dei rispettivi ruoli organici, a posti di professore presso Università o Istituti liberi di nuova creazione all'atto del loro giuridico riconoscimento, il Ministro può trasferire su domanda, e previo parere favorevole dell'ente o degli enti promotori delle Università o degli Istituti stessi, professori di qualsiasi Università o Istituto superiore per l'insegnamento della materia di cui sono titolari o di altre materie.

Art. 8. — Nelle sedi ove coesistono le Università e le Scuole d'Ingegneria di cui alla tabella *A*, è istituito presso la Facoltà di scienze matematiche, fisiche e naturali un corso biennale d'insegnamento propedeutico per l'ingegneria.

In nessun'altra Università può essere conservato od istituito tale corso.

La durata degli studi presso le R. Scuole d'Ingegneria indicate nella predetta tabella *A* è di tre anni.

Gli studenti del corso biennale preparatorio pagano alla cassa dell'Università le tasse e sopratasse nella misura stabilita per l'Ingegneria dalla tabella *G* annessa al R. D. 30 settembre 1923, n. 2102, modificata con il R. D. 6 dicembre 1923, n. 2656. La Università versa alla Scuola d'Ingegneria un terzo del provento delle tasse e sopratasse anzidette.

Art. 12. — All'art. 40 del R. D. 30 settembre 1923, n. 2102, è aggiunto il comma seguente: Sono parimenti a carico dei candidati le spese generali occorrenti per lo svolgimento degli atti della libera docenza proporzionalmente ripartite fra i candidati stessi.

Art. 16. — L'Ente Istituti Clinici di perfezionamento di Milano conserva la sua personalità giuridica, ferme restando le disposizioni dell'articolo 143 del R. D. 30 setembre 1923, n. 2102, per quanto si riferisce alla appartenenza didattica degli Istituti Clinici alla R. Università di Milano.

Art. 18. — Qualora per eventuali modificazioni apportate agli statuti delle Università ed Istituti Superiori sia necessario variare l'assegnazione delle cattedre ai professori titolari, si provvede con decreto del Ministro su proposta delle competenti Facoltà o Scuole.

Art. 19. — Gli studenti di cittadinanza straniera sono dispensati dal pagamento delle tasse d'iscrizione ai corsi impartiti di qualsiasi natura.

Art. 25. — Gli statuti delle Università e Istituti Superiori indicati nelle tabelle *A* e *B* annesse al R. D. 30 settembre 1923, n. 2102 sono provvisoriamente approvati per l'anno accademico 1924-25 con ordinanza del Ministro per la P. I. e sono pubblicati nel *Bollettino Ufficiale*.

Entro il 1° ottobre 1925 si procederà all'approvazione definitiva degli statuti, osservando le norme del decreto stesso sopracitato. Le Università e gli Istituti Superiori dovranno far pervenire al Ministero non oltre il 30 aprile 1925 le proposte di variazioni ai rispettivi statuti, trascorso tale

termine senza che sia stata fatta alcuna proposta, gli statuti provvisori verranno approvati in modo definitivo.

Art. 28. — Fino al 15 dicembre 1924 i posti di ruolo di professore assegnati alle singole Facoltà o Scuole si considerano disponibili dalla data del provvedimento in virtù del quale il titolare è trasferito altrove o cessa per qualsiasi causa dall'Ufficio ovvero dal giorno successivo a quello del decesso del titolare medesimo.

Le Facoltà o Scuole possono adottare deliberazioni circa il modo di provvedere stabilmente ai posti resisi vacanti dal giorno stesso della vacanza.

Art. 30. — Agli attuali professori che, al momento della loro assunzione nel ruolo dei professori universitari appartenevano con il grado di Straordinario a Istituti Superiori dipendenti dal Ministero dell'Economia nazionale o alle Università libere di Camerino, Ferrara, Perugia e Urbino, il servizio prestato presso gli Istituti e le Università predette verrà computato per intero ai fini del decorso del triennio richiesto per il conseguimento della stabilità. Agli effetti del collocamente nel grado e dell'attribuzione degli stipendi, tale servizio verrà computato a decorrere dal 1° ottobre 1924 per i professori stabili provenienti da Istituti dipendenti dal Ministero dell'Economia Nazionale, e per i professori stabili provenienti dalle Università libere surricordate dal giorno in cui esse entrano a far parte della categoria predetta.

Per i professori non stabili il computo suddetto sarà fatto all'atto del conseguimento della stabilità.

Art. 31. — Fermo rimanendo il disposto dell'articolo 6 del R. D. 31 dicembre 1923, n. 2909, le lauree ed i diplomi conferiti sino a tutto il 31 dicembre 1924 dalle Università e dagli Istituti Superiori avranno, agli effetti dell'abilitazione all'esercizio professionale, lo stesso valore delle lauree e dei diplomi conseguiti entro il 31 dicembre 1923.

Art. 33. — Il provento delle tasse d'immatricolazione e d'iscrizione degli alunni del biennio preparatorio degli studi d'Ingegneria per l'anno 1923-1924, non sarà computato per le Università nella cui sede non esista Scuola d'Ingegneria appartenente alla tabella *A* annessa al R. D. 30 settembre 1923. Tale provento sarà computato per un terzo nei riguardi dell'Università nel caso previsto dal primo comma dell'art. 8 del presente decreto.

Art. 34. — Sono abrogate tutte le disposizioni contrarie a quelle del presente decreto o da esse diverse.

Tassa d'esercizio della libera docenza.

La nuova legge universitaria (R. D. 30 settembre 1923, n. 2102, art. 43, tab. *F*) ed il nuovo Regolamento generale Universitario (6 aprile 1924, n. 675, art. 58) stabiliscono una tassa di L. 250 per l'esercizio della Libera Docenza, pagabile all'Università o Istituto dove il Libero Docente intende esercitare il suo insegnamento. Era stata fatta domanda al Ministero se anche ai Liberi Docenti abilitati prima della nuova legge era applicabile la nuova tassa. Trascriviamo la risposta data dal Ministro al Rettore della R. Università di Bologna, con ministeriale 19 u. s.:

« Sono tenuti al pagamento della tassa di esercizio i Liberi Docenti che ottennero il decreto di « abilitazione a decorrere dal 16 ottobre 1924, data « di applicazione della nuova tabella delle tasse per « il conferimento e l'esercizio del privato insegnamento; ma non i Liberi Docenti i quali conseguirono il diritto ad esercitare la loro docenza anteriormente al termine anzidetto. Però anche « questi ultimi sono tenuti al pagamento della « tassa di esercizio qualora si trasferiscano ad altro « Ateneo, come in passato erano tenuti al pagamento di una tassa se si emetteva a favore di « essi un decreto di trasferimento della loro docenza da una ad altra Università ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BREDA DI PIAVE (*Treviso*). — Scad. 14 feb.; stip. L. 8000, c.-v., trasp. L. 3500, uff. san. L. 700. Tassa L. 50. Capitolato servizio in corso approvaz.

BRESCIA. *Spedali Civili*. — Primario anatomopatologo; titoli ed eventualm. esami; stipendio L. 12,000; indenn. carica L. 6000; compartecipaz. proventi dei laboratori di chimica clinica e microscopia; quattro quinquenni decimo; assicur. Docum. all'Ufficio dell'Amministr. non oltre ore 16 del 18 feb. Età mass. 45 a. Laurea da 6 a.; 2 a. in Istituto di an. pat. e batteriologia di grande ospedale ovvero 5 a. aiuto effettivo in Istit. di anat. pat. di R. Università. Biennio di prova. Servizio fino a 65 a.

BUIA (*Udine*). — Scad. ore 17 del 10 feb. Cond. 2° reparto. Età lim. 40 a. L. 8000 fino a 1000 pov.; L. 1000 mezzo trasp.; L. 500 servizio attivo. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

CAMPAGNATICO (*Grosseto*). — A tutto 15 feb.; due cond.; pov. circa 25 %; L. 9000 e c.-v. (prossime modificaz. in conform. decisioni G. P. A.). Tassa L. 50. Serv. entro 15 gg. Docum. a 3 mesi. Indicare la condotta (2ª cond. capoluogo e Pari).

CASTIGLIONE DEL LAGO (*Perugia*). *Ospedale Civile di S. Agostino*. — Chirurgo direttore. L. 12000, oltre il 75 % sulle operazioni chirurgiche di qualsiasi genere e sulle visite di ambulatorio, esclusi i malati poveri. Titoli. Tassa conc. L. 50. Sarà titolo di preferenza la libera docenza. Chiedere annunzio. Scad. 8 feb.

CREMONA. *Ospedali Maggiore e Ugolani Dati*. — A tutto 10 feb., titoli ed esami. Dirigente Gabinetto Radiologico: L. 6000 ed indennità c.-v. di L. 1200. Compartecipazioni agli introiti di Gabinetto. Sei anni di laurea e quattro servizio radiologico presso grande ospedale. Età mass. anni 45.

MOLINI DI TRIORA (*Imperia*). — Scad. 15 feb. L. 9000, oltre L. 500 servizio ostetrico. Tassa lire 50.20.

PIANCASTAGNAIO (*Siena*). — Scad. 20 feb.; stip. L. 6500, c.-v., L. 3000 trasp., trienni ventes. Docum. a 6 mesi. Tassa L. 50.15. (La condotta è boicottata).

RAVENNA. — Primario radiologo del Comune, direttore dei Gabinetti di radiologia ed elettroterapia dell'Ospedale Civile; L. 12,000 e 5 quadrienni decimo; c.-v.; cointeressenza visite e cure abbienti. Docum. alla Segreteria del Comune non oltre il 28 feb. Età mass. 41 a. Tassa L. 50.10 all'Economo Comun. Triennio in gabinetto di radiologia ed elettroterapia. Divieto di esercizio priv. della specialità.

ROCCAFERRARO (*Mantova*). — Scad. 15 feb.; lire 8000 e 5 quadrienni decimo; indenn. annua integrativa e indennità trasp. Tassa L. 50.05.

TORPE (*Sassari*). — A tutto 20 feb.; L. 10,500 e sessennio decimo, senza c.-v., oltre L. 2500 cav.. L. 1000 arm. farm. e L. 800 uff. san. Poveri circa 800. Serv. entro 15 gg. Due frazioni, distanti km. 16 dal centro.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono stati nominati i seguenti professori di patologia speciale medica dimostrativa: Giovanni Andrea, Pari a Padova, Eugenio Morelli a Pavia, Cesare Frugoni a Firenze, Adolfo Ferrara a Siena, Sebastiano Lafranca a Palermo, Luigi D'Amato a Messina.

Il prof. Vittorio Scaffidi, di patologia generale a Palermo, è stato chiamato a coprire la stessa cattedra a Napoli.

Il prof. Giulio Chiarugi è stato, con provvedimento ministeriale, nominato rettore dell'Università di Firenze.

Il prof. Giuseppe Solaro, direttore e chirurgo primario dell'Ospedale Civico di Busto Arsizio, è nominato, *motu proprio* sovrano, commendatore della Corona d'Italia.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

L'inaugurazione dell'Università di Bari.

Il giorno 15 c. m., alla presenza dell'Augusta persona di S. A. R. il Principe di Udine in rappresentanza di S. M. il Re, del Ministro della P. I. on. Fedele, del S. S. di Stato on. Panunzio, si è solennemente inaugurata l'Università di Bari. Alle 9 del mattino, S. A. R. ed i Ministri convennero nella grandiosa Aula Magna dell'Ateneo ove il magnifico Rettore, prof. Nicola Pende, porse il saluto agl'illustri ospiti e prese in consegna una ricca bandiera in artistico cofano di legno, offerta all'Università con sottoscrizione fra gli scolari delle scuole medie ed inferiori delle Puglie. Alle 10, S. A. R. e i Ministri, accompagnati dal Corpo Accademico e dalle Autorità locali, si recarono al teatro Petruzzelli, già gremito in ogni ordine di posti da pubblico convenuto da tutti i paesi delle Puglie. Quivi il Commissario al Comune portò al Principe il saluto riverente della cittadinanza barese. Indi il Rettore magnifico, nonchè Direttore della Clinica Medica, prof. Nicola Pende, accolto da deliranti applausi dell'imponente uditorio, si levò a parlare. Egli, con smagliante parola, rifece tutta la storia dei lunghi anni di travaglio in cui Bari chiedeva a gran voce, ma invano, ai passati Governi la sua Università e inviò un saluto grato e riverente a S. E. Mussolini, che volle e seppe rivendicare i sacrosanti diritti di Bari, facendo in essa sorgere, in pochissimi mesi, una Università di grande importanza oltrechè regionale, anche nazionale per l'attrazione che potrà esercitare sul vicino Oriente. Di poi passò ad illustrare su quali basi scientifiche e con quali criteri sono stati costituiti i diversi istituti della Facoltà di Medicina, dimostrando quali miracoli di organizzazione si son potuti compiere in soli cinque mesi di lavoro indefesso, febbrile. Auspicò la prossima istituzione delle altre Facoltà. Indi, in nome di S. M. il Re, dichiarò inaugurata la R. Università. Quando il prof. Pende finisce la sua magnifica orazione, tutto l'uditorio scatta in piedi applaudendo freneticamente e prodigando all'Illustre Clinico, vanto di Puglia, artefice mirabile dell'Università dell'Adriatico, un'indimenticabile e commovente manifestazione di stima e di affetto. Il Ministro della P. I. on. Fedele portò quindi il saluto del Governo e formulò un fervido augurio di prosperità per la nascente Università. A lui seguì il venerando professor Ruggi dell'Ateneo Bolognese che portò alla più giovane tra le Università italiane, il saluto della più vecchia. La cerimonia terminò tra il più vivo entusiasmo.

Alle 17 ebbe luogo nell'Aula Magna un the, cui parteciparono S. A. ed i Ministri.

Molti sono stati i professori venuti in rappresentanza delle Università italiane, tra cui il senatore Maragliano, il senatore Cirincione, il senatore Ruggi, i proff. Pepere, Figari, Della Vedova, Roncali, Ferrero, Barlocco; numerosissime le adesioni e i saluti augurali delle Università straniere.

La sera successiva, il senatore Maragliano volle inaugurare l'anfiteatro della Clinica medica, tenendovi, ad un folto uditorio di medici, studenti ed intellettuali, un'applaudita conferenza sulla vaccinazione antitubercolare.

Bari, 17 gennaio 1925.

Dott. LUIGI QUARANTA.

NOTIZIE DIVERSE.

L'Istituto Vittorio Emanuele III per lo studio e la cura del cancro.

Il 19 gen. nell'aula consigliare di Milano si sono adunati i maggiori esponenti dell'attività cittadina, convocati dal sindaco sen. Mangiagalli, ed hanno approvato per acclamazione la proposta di onorare il 25° anniversario dell'assunzione al trono di Vittorio Emanuele III, dando vita ad un Istituto nazionale per lo studio e la cura del cancro. La Croce Rossa Italiana ha preso l'iniziativa perchè tale Istituto sorga a Milano; sono già pervenute circa 300,000 lire dal Brasile e altre cospicue somme sono state versate dalla Banca d'Italia e dall'Istituto Nazionale delle Assicurazioni; l'Istituto Sieroterapico Milanese ha offerto gratuitamente il terreno. È stato anche approvato un messaggio. Successivamente il Consiglio Comunale di Milano ha elargito la somma di un milione per l'erigendo Istituto.

La prima pietra dell'Istituto verrà collocata nel giorno anniversario dell'assunzione al trono.

Corsi di perfezionamento in Pediatria.

Dal 9 febbraio al 21 marzo nella Clinica Pediatrica della R. Università di Roma, diretta dal prof. G. Caronia, avrà luogo un corso di perfezionamento in Pediatria, autorizzato dal Ministero della P. I. per laureati in medicina e chirurgia. Tassa di iscrizione L. 300: per diploma ed esami L. 50. Le domande debbono essere indirizzate al Rettore non più tardi del giorno 8 febbraio, corredate dalle ricevute delle tasse pagate allo Economato della R. Università.

Alla fine del corso sarà rilasciato il diploma.

*
* *

Un altro corso di perfezionamento in Clinica Pediatrica avrà luogo nella R. Università di Napoli, dal 16 febbraio all'11 aprile. La quota d'iscrizione, da versare all'economo della Università, è di L. 250.50 più L. 50.10 per tassa d'esami e diploma. Il numero degli iscritti è limitato. Le domande accompagnate dalla quietanza del versamento presso l'Economato, debbono essere indirizzate al Rettore entro il 15 febbraio. Dietro esame verrà rilasciato il diploma.

Corso di perfezionamento in idrologia, elettro-radiologia e terapia fisica.

È aperta l'iscrizione presso l'Università di Napoli al Corso Ufficiale di Idrologia, Elettroradiologia e Terapia Fisica. Gl'insegnamenti fondamentali vengono impartiti dai proff. Pio Marfori e P. F. Sgobbo; insegnamenti di discipline complementari sono affidati a distinti cultori. Si faranno visite agli stabilimenti termominerali e di cure fisiche.

Il corso avrà la durata di due mesi e sarà iniziato appena completata la iscrizione. L'orario verrà stabilito in modo da permettere l'assistenza ad altri corsi. Gli iscritti saranno avvisati dell'inizio del corso direttamente a domicilio in tempo utile.

In seguito ad esame verrà rilasciato un diploma di abilitazione che porterà la firma del Rettore Magnifico e del Direttore della Scuola di perfezionamento.

La tassa di iscrizione è di L. 300 da versarsi all'Economato della Università. Le domande di iscrizione al Rettore Magnifico, saranno inviate al Direttore della Scuola prof. P. Marfori, S. Andrea delle Dame, 21, in Napoli.

Possono iscriversi i laureati in medicina e chirurgia ed anche i laureati in chimica e farmacia.

Un lutto irreparabile ha colpito la Scienza: sull'alba dell'8 gennaio, dopo lunga ed angosciosa malattia, serenamente sopportata, si è spento

GUIDO BANTI

Ordinario di Anatomia patologica nell'Università fiorentina.

Figlio di medico, nato 72 anni or sono a Montebicchieri nel Valdarno inferiore, seguì l'arte paterna studiando per quattro anni nell'Ateneo Pisano e compiendo le pratiche a Firenze dove prese la laurea nel luglio del 1877.

D'intelligenza superiore e dotato di una ferrea volontà di apprendere fu, poco dopo la laurea, nominato per concorso assistente alla cattedra di Anatomia patologica allora tenuta dal prof. Giorgio Pellizzari che fu tanta parte nell'opera di completamento della Facoltà medica di Firenze. Poco dopo passò al posto di secondo dissettore e nel novembre del 1883 a quello di primo, e questa carica tenne fino a che nel 1887 ebbe l'incarico della Patologia Generale. Tre anni dopo nel novembre del 1890 fu, in seguito a concorso, nominato straordinario di Anatomia patologica e lasciando la cattedra di Patologia generale salì su quella lasciata rimasta vacante per il ritiro del suo Maestro.

Da questa cattedra insegnò per 35 anni istruendo numerose generazioni di medici.

Non è possibile in un breve cenno necrologico illustrare, anche sommariamente, tutta l'attività scientifica del Banti che in qualunque ramo si esplicasse fu sempre eccellente. Fino dai suoi primi lavori di Istologia e di Batteriologia rifulge la genialità della sua mente, la finezza della sua osservazione, la scrupolosità della sua tecnica, la chiarezza del suo senso critico.

Il Banti dedicò la maggiore attenzione alla patologia degli organi emopoietici che cominciò a studiare fino dall'81 nel suo lavoro sulle anemie progressive e che poi formò con gli studi sulle splenomegalie e sulle leucemie il monumento imperituro alla gloria del Maestro.

Medico Primario nell'Arcispedale di Santa Maria Nuova dal 1882 fino a tutto il 1923 ebbe agio di studiare completamente il malato e fu per l'unione della clinica con l'anatomia patologica, come egli sempre soleva dire, che gli fu dato di poter più sicuramente e più completamente individuare forme morbose quali la splenomegalia con cirrosi epatica, nota ormai ovunque come « Malattia del Banti », e la splenomegalia emolitica per le quali consigliò con successo la terapia chirurgica (splenectomia) da tempo entrata nell'uso corrente.

Seguace convinto dell'antica scuola medica fiorentina preferì sempre le lezioni dimostrative alle teoriche come quelle che cattivando al massimo l'attenzione dello scolaro più facilmente e più durevolmente restano impresse nella sua memoria.

Tutti i suoi vecchi scolari che leggeranno questa nota sono sicuro che rammentano come le più belle fra le sue lezioni quelle improvvisate davanti ai pezzi anatomici per illustrare reperti necroscopici interessanti da lui lucidamente e completamente coordinati coi dati clinici.

La sua opera di scienziato fu degnamente coronata dalla sua attività didattica di cui restano documenti meravigliosi le sue pubblicazioni sintetiche *Endocarditi e Nefriti* (1895) e *Patologia del polmone* (1902). Ognuno rimpiange che sia rimasta incompiuta la sua *Anatomia Patologica* che nella densa e concettosa esposizione illustrava con semplicità e chiarezza lo stato attuale delle nostre conoscenze in materia, improntando ogni argomento della sua personalità.

La grande versatilità del suo ingegno e la vastità e solidità delle sue nozioni gli permisero di occuparsi dei più svariati argomenti e le sue pubblicazioni numerose di tecnica, di batteriologia, d'igiene, di medicina sociale mostrano come riuscisse perfetto in ogni ramo.

Di animo gentile e colto, sempre usò con cortesia ed amorevolezza, ovunque portando col suo sereno sorriso un dolce senso di pace e sicurezza.

Prof. LUIGI PICCHI.

Si è spento il prof. ADOLFO STRUMPELL. Del sommo clinico diremo ampiamente in un prossimo numero.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 9 Febbraio 1925 Fasc. 6

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO
diretto dal prof. O. UFFREDUZZI.

L'uso profilattico e curativo dei vaccini in chirurgia.

Dott. GIULIO SEGRE, aiuto volontario.

I. CONSIDERAZIONI GENERALI.

Accanto ai progressi di metodi e di tecnica la chirurgia moderna può giovarsi di altri fattori dei quali se alcuni sono tuttora allo studio od ancora appartengono alla teoria, altri sono decisamente entrati nel campo della pratica.

La preparazione dell'ammalato perch'egli sia in grado di meglio tollerare un intervento chirurgico, la sua difesa contro complicanze eventuali o già in atto dopo l'intervento, sono argomenti che non possono e non debbono esser trascurati.

Conferire a un malato chirurgico una difesa ch'egli non possiede o aumentare i suoi poteri difensivi con influenza diretta ed attiva sul suo organismo, quale si può ottenere coi vaccini, è stato ed è tuttora oggetto di studio e di discussione.

Bisogna ricordare le prime scoperte di Jenner pel vaiolo per spiegare il nome generico di vaccini dato alle sostanze con le quali si vuole eccitare nell'organismo la benefica reazione che lo aiuti a vincere un dato processo morboso (immunità attiva).

Le dottrine primitive di Pasteur stabilivano che solo i non infetti possono ritrarre vantag-

gio dalla vaccinazione; queste dottrine però vennero ben presto modificate nel senso che anche nel periodo d'incubazione e quando i fenomeni d'infezione sono leggeri si può con successo ricorrere ai vaccini. Scoppiata in modo grave un'infezione, si comprende facilmente come la vaccinazione sia superflua e possa essere dannosa per l'aumento di intossicazione ch'essa determinerebbe nell'ammalato.

Il concetto di vaccinazione nel senso stretto d'immunizzare l'organismo contro una determinata malattia non si potrebbe applicare in chirurgia; sappiamo che un'infezione chirurgica guarita non conferisce immunità.

Ed invero se intendiamo, come insegna Bordet, la vaccinazione come l'atto che ha per iscopo di mettere l'organismo in uno stato paragonabile a quello in cui si troverebbe se fosse guarito spontaneamente della malattia considerata, non possiamo più associare i due concetti di vaccinazione e di malattia chirurgica propriamente detta.

Possiamo tuttavia parlare di vaccinoterapia in tutte le infezioni che accompagnano gli atti chirurgici o che hanno per se stessi manifestazioni di carattere chirurgico.

E poichè sappiamo che in chirurgia un'infezione locale non dà immunità generale e che i germi dei vaccini sono più accessibili alle sostanze di difesa dell'organismo che non quelli che si sono sviluppati nei tessuti, ne consegue logicamente l'utilità della vaccinoterapia.

Dal punto di vista profilattico tanto la teoria come la pratica affermano la possibilità di utile uso dei vaccini. Nei portatori di germi si può osservare accanto ad una diminuita resistenza un'aumentata virulenza dei microbi; un'adatta vaccinazione può prevenire tale debilitazione. Nel gruppo delle infezioni stafilococciche superficiali la vaccinazione ha un vero valore profilattico e curativo.

Principio fondamentale della vaccinoterapia è la cura d'una malattia in corso d'evoluzione col germe che l'ha provocata; il suo vero valore può perciò essere preso in considerazione solamente dal punto di vista specifico.

L'iniezione d'una sostanza batterica è seguita dalla produzione di sostanze umorali circolanti più o meno direttamente antagonistiche per l'infezione batterica stessa; occorre però che i prodotti di reazione giungano — nel caso d'infezioni chirurgiche localizzate — a contatto dei microbi nel focolaio infettivo.

La difficoltà che talora s'incontra ad ottenere tale scopo spiega in tali casi la mancanza di miglioramento del quadro clinico in seguito alla vaccinazione.

Nella lotta contro le infezioni la stessa efficacia clinica si può ottenere oltrechè coi vaccini anche coi sieri o con altri procedimenti non specifici che rinforzano il meccanismo battericida normale dell'individuo; è questo il caso dello schoc proteinico non specifico.

Probabilmente i vaccini sperimentati in chirurgia hanno una doppia efficacia, e cioè un'azione primaria immediata dovuta alla loro costituzione chimica (azione proteinica non specifica) ed un'azione secondaria vaccinica propriamente detta.

L'azione vaccinica è sempre un po' lenta; dal momento dell'inoculazione a quello della reazione decorre un certo periodo nel quale l'organismo può trovarsi in condizioni di resistenza diminuita. A questo pericolo Wright ha dato il nome di fase negativa.

Di fronte alla lentezza dell'azione dei vaccini sta la rapidità di azione e di eliminazione dei sieri; ora la necessità in cui ci si può talora trovare d'un aiuto urgente ha fatto pensare con probabilità di successo all'associazione delle cure coi sieri e coi vaccini (immunizzazione mista). L'efficacia del siero è rapida ma presto eliminata; nel frattempo l'immunità vaccinica giunge ad esercitare la sua azione ed è assai più duratura.

L'associazione si può praticare in tre modi:

1) iniettando un miscuglio di siero e di vaccino. Questo metodo è difficile e delicato, ed è poco usato;

2) con l'iniezione simultanea nella stessa seduta ma in punti diversi del siero e del vaccino;

3) con l'iniezione di siero seguita dopo alcuni giorni da quella di vaccino.

Leclaince e Vallée hanno fatto la sierovaccinazione nel carbonchio sintomatico, Vallée e Bazy applicarono il metodo nel tetano iniettando subito dopo la ferita il siero antitetanico e, cinque giorni dopo, la tossina tetanica iodata.

Quando nel campo pratico vogliamo sfruttare a vantaggio dell'organismo le cognizioni teoriche e sperimentali della dottrina immunitaria, è naturale che non si possa a priori stabilire con una classificazione, che sarebbe del tutto artificiale, a quale forma d'immunità si debba dare senz'altro la preferenza.

L'esperienza, talora empirica, talora scientificamente provata, ci dirà ogni volta la via da seguire: immunizzazione attiva, immunizzazione passiva, immunizzazione mista saranno a volta a volta applicate.

Accanto ai sieri e vaccini varie sostanze furono poste in commercio affini a questi; non possiamo passare sotto silenzio i tentativi di vaccinazione antineoplastica, con vaccini ed autolisati; è noto inoltre il principio sul quale si

fondano le stomosine, le quali ricercano vantaggio da un'immunizzazione specifica addizionata ad una aspecifica.

Volendo fermare specialmente sulla vaccinoterapia il nostro studio, occorre ricordare che le necessità di un rapido intervento hanno suggerito ai laboratori specializzati la preparazione di vaccini ricavati per un dato germe da stipiti numerosi, così da poter fare assegnamento sull'efficacia di vaccini polivalenti; sono questi comunemente chiamati « stock-vaccini » e sono distinti dagli « auto-vaccini » i quali sono direttamente preparati con materiale ricavato dall'organismo che dev'essere curato. I vantaggi di maggiore elettività specifica degli auto-vaccini sono offuscati dal fatto che per la preparazione di essi occorre un tempo relativamente lungo.

Wright ha proposto una serie di neologismi ch'è utile siano conosciuti e adottati quando si studiano i fenomeni di difesa organica che costituiscono lo scopo delle cure vacciniche.

Chiameremo dunque profilassi la difesa preventiva dell'organismo, filassi semplicemente la difesa di esso, apofilassi od ecfilassi l'assenza d'ogni difesa, catafilassi il mezzo di portare gli agenti di difesa in un focolaio ecfilattico ed infine epifilassi l'aumento dei poteri di difesa.

L'indicazione d'una cura vaccinica può fondarsi su elementi clinici ed il campo d'applicazione si va ogni giorno più estendendo.

Esperienze in vitro con diretta osservazione del potere fagocitario dei leucociti di sangue infetto messo a confronto con sangue normale trattato con lo stesso vaccino possono dimostrare se nel caso è indicata o meno la vaccinazione. Quando la vaccinoterapia fosse così dimostrata inefficace a priori, Wright raccomanda l'immunizzazione passiva che si può ottenere con trasfusione di sangue (meglio defibrinato che citratato) di donatore che abbia reagito positivamente all'infezione dello stesso vaccino. Il metodo può essere rapido perchè la reazione nel donatore è immediata se la via dell'introduzione del vaccino è l'endovenosa e segue dopo circa tre ore all'iniezione sottocutanea.

Nella somministrazione d'un vaccino si deve por mente a diversi fattori, e cioè ai caratteri morfologici, alla via d'introduzione, alla dose. Ai caratteri morfologici si dà certo una grande importanza; la varietà dei vaccini è molto grande ed è un indice della tendenza a continui miglioramenti nella loro preparazione. Sono stati proposti stock-vaccini, vaccini autogeni, vaccini vivi, morti, sensibilizzati, cloroformizzati, atossici, scaldati, sgrassati ecc.

La via d'introduzione è varia secondo le varie specie di vaccini ed anche per uno stesso vaccino, secondo i concetti dei vari autori; si inoculano vaccini per via sottocutanea, più raramente per via endovenosa, talora per frizioni cutanee ed anche per via gastrica.

La dose ha, secondo le moderne vedute, importanza capitale.

Pasteur riteneva che la dose non conta quando il vaccino è ben preparato. Se tale dottrina può ancor oggi aver qualche valore nel caso di vaccinazione profilattica, non può più reggere quando si tratti d'applicazione vaccinoterapica.

La dose di vaccino si aggiunge negli effetti sull'organismo alla dose di microbi patogeni che in esso già si trovano. Perciò se in un malato con una infezione lieve si può iniettare una dose di vaccino uguale a quella che s'inietta a scopo profilattico in un uomo sano, nell'ammalato più grave la dose dovrà esser diminuita in rapporto alla quantità di microbi contenuti nell'organismo.

Wright ha formulato a tale scopo una legge: La dose di vaccino da inoculare è in ragione inversa dell'intensità dell'infezione.

Naturalmente l'aumento dei poteri di difesa che con la vaccinazione vogliamo conferire a un malato chirurgico non deve far dimenticare che l'eliminazione diretta della causa morbigena è sempre il primo scopo che il chirurgo deve ricercare ogni qual volta gli sia possibile.

I vaccini non possono e non debbono esser considerati come una panacea universale che sostituisce l'atto operativo, anche se in qualche caso fortunato l'atto operativo possa esser stato risparmiato. Essi debbono però esser tenuti in considerazione di ottimi coadiuvanti.

II. APPLICAZIONI PRATICHE.

Numerose sono nel campo della pratica applicazione in chirurgia le esperienze di vaccinazione profilattica e di vaccinoterapia, tanto per le molteplici forme d'infezione, quanto (purtroppo solo come lodevole tentativo) per i neoplasmi maligni.

1) Vaccinazioni profilattiche.

Secondo Wright la vaccinazione preventiva è indicata e può dare ottimi risultati specialmente negl'interventi sulle mucose (labbro leporino, operazioni sul palato e sulle tonsille, emorroidi, ecc.), essendo probabilmente nelle mucose la porta d'entrata di molte infezioni ritenute spontanee.

La vaccinazione potrebbe persino permettere la soppressione di certe precauzioni asettiche. Ciò fu constatato nei negri dell'Africa meridionale, che sono più resistenti dei bianchi alle infezioni stafilococciche.

È nota l'efficacia della vaccinoterapia e specialmente dell'autovaccinoterapia nelle varie forme di foruncolosi e di acne.

Wilkie d'Edimburgo ha studiato la vaccinazione profilattica sperimentalmente negli animali nella chirurgia del colon, ed ha applicato poscia il metodo all'uomo. Nelle esperienze sugli animali con vaccinazioni preventive associate a iniezioni d'acido nucleinico dodici ore prima dell'intervento, ha ottenuto l'aumento dei leucociti e la distruzione dei germi.

Nella chirurgia colica nell'uomo ha usato un vaccino polivalente, contenente dieci milioni di streptococchi e cinquanta milioni di b. coli dieci giorni prima dell'operazione, ripetendo l'iniezione tre giorni prima dell'intervento; nell'ultimo giorno di preparazione iniettava otto c.c. d'una soluzione al 2 % d'acido nucleinico. Ebbe buoni risultati in 63 casi.

2) Vaccinazioni a scopo curativo.

La vaccinazione a scopo curativo ha in chirurgia più largo campo d'osservazione.

Le applicazioni in ginecologia sono numerose da una decina d'anni a questa parte (Nicolle e Blaizot, Bar e Legueux, Legendre, Cotte, Greyssel). Nelle metriti e nelle salpingiti è stato adoperato a dosi progressivamente crescenti (da 1/2 a 2 cc.) ogni due o tre giorni un vaccino polimicrobico atossico polivalente, contenente su 2 c.c. di soluzione fisiologica 25 milioni di gonococchi, 10 milioni di b. cutis communis, 20 milioni d'enterococchi, 20 milioni di b. coli, 20 milioni di streptococchi e 200 milioni di stafilococchi (immunizzolo Grémy).

I risultati sono stati soddisfacenti per l'azione costantemente sedativa del dolore, per l'influenza lentamente ma sicuramente decisiva sulla temperatura ed infine, quel che più conta, per l'azione risolutiva dell'infezione. Non è esagerazione affermare che in taluni casi la risoluzione del focolaio infettivo può aver risparmiato un intervento chirurgico che col progredire della malattia si sarebbe reso assolutamente necessario.

Zawadzky (Varsavia) riferendo al 6° congresso di chirurgia a Londra (1923) comunicò d'aver avuto brillanti successi usando autovaccini ad alte dosi in un caso d'ascesso cerebrale ed in uno di meningite. Usò cure vacciniche nell'osteomielite, nell'infezione puerperale, nell'appendicite e in numerosi casi di foruncoli, flemmoni e di ascessi perinefritici.

Interessante è la comunicazione di detto autore per quello che si riferisce ad interventi laparotomici in casi di colecistite. In tutti i casi nei quali l'esame batteriologico ha dimostrato una flora varia, usa sistematicamente l'autovaccinazione post-operatoria; egli ottenne la guarigione in parecchi casi gravi con perforazione, gangrena della cistifellea e ascesso epatico.

Grisanti trattò con vaccini (autogeni e anche eterogenei) 12 casi di osteomieliti acute nei bambini contemporaneamente all'intervento chirurgico. L'uso dei vaccini dimostrò d'esercitare un'azione importante non solo sul processo locale, ma anche sullo stato generale degl'infermi.

De Hawen e Cohen in un caso di osteoperiostite tifica del perone dopo un breve periodo d'iniezioni d'autovaccino contenente un miliardo e mezzo di germi per centimetro cubico (0,5-1-1,5 a giorni alterni) intervennero sul focolaio che svuotarono e raschiarono, suturando immediatamente la ferita, lasciando solamente un piccolo drenaggio per 24 ore. Essi ottennero la guarigione per prima intenzione.

P. Emile Weil fin dal 1916 aveva osservato parecchi casi di osteiti tifiche localizzate nelle sedi più varie, dalle estremità alle vertebre, rilevando che la localizzazione ossea del bacillo di Eberth prolungava l'infezione tifosa; infatti in tali casi la sierodiagnosi positiva si poteva verificare dopo lungo tempo dalla guarigione dei fatti intestinali, mentre in nessuno dei casi comuni poteva protrarsi di tanto la positività delle reazioni agglutinanti. In tali casi dopo che le prove d'agglutinazione avevano differenziato l'osteite tifica (o paratifica) da lesioni tubercolari o stafilococciche acute sopraggiunte in soggetto che aveva sofferto il tifo, Weil, osservando la facilità di recidiva della lesione ossea, tanto che in alcuni individui si erano resi necessari cinque, sei e più interventi, pensò razionalmente di ricorrere a cure vacciniche e ne ebbe ottimi risultati.

Nelle osteiti tifiche chiuse, con una serie di 12-18 iniezioni a dosi progressive da 1/4 di cc. a 2 cc. di vaccino antitifico ottenne quasi sempre la guarigione senza operazione. Questi esiti fortunati mettono in evidenza l'utilità profilattica della vaccinoterapia non appena possa sorgere il dubbio della complicanza ossea in un tifoso.

Nelle forme suppurate iniziò una cura vaccinica di 4-5 iniezioni dopo le quali fece regolarmente operare i suoi ammalati senza interrompere d'un giorno la vaccinoterapia. Ebbe sempre guarigioni complete, evitando le facili recidive.

Il trattamento chiuso della tubercolosi articolare aperta proposto da Solieri al Congresso di chirurgia di Napoli del 1921 ed al Congresso ortopedico di Firenze del 1922, secondo l'interpretazione del suo autore si deve considerare come una auto-vaccinazione attraverso alla pelle.

Dice il Solieri: « Dentro gli apparecchi gessati chiusi, in contatto col pus che sgorga dalle fistole, costituito da leucociti in dissoluzione sospesi nel siero dell'essudato ed in liquido sinoviale insieme ai germi associati, piogeni e tubercolari, la

cute si abrade degli strati cornei e mette allo scoperto lo strato profondo su cui può agire il pus come autoplurivaccino ».

Solieri dopo la constatazione di fatto che parecchi casi suoi e di altri guarirono col metodo dell'occlusione (un caso riferito dal dott. Conti alla riunione della Società medico-chirurgica della Romagna [Forlì, 25-XI-1923], guarì non solo del fatto fistoloso del ginocchio, ma anche di una concomitante lesione polmonare) deduce che il suo metodo partito da concetti diversi, ma interpretato in seguito come autovaccinoterapia, merita d'esser preso in considerazione.

Noi a tale proposito ed ai fini del presente studio dobbiamo notare che il metodo merita d'essere studiato, tanto più ch'esso corrisponde alle osservazioni recenti, le quali tendono a dimostrare che la via cutanea è superiore per efficacia a quella sottocutanea e alla parenterale. Nel caso del metodo Solieri la pratica avrebbe preceduto la teoria.

Anche Zahradnecki (di Praga) considerando la vaccinoterapia come un prezioso aiuto, adoperò il vaccino di Friedmann ed anche altre tuberculine in 126 casi di tubercolosi chirurgiche diverse.

Nelle complicazioni chirurgiche dovute al gonococco nelle articolazioni e nell'apparato genitourinario, tra i numerosi vaccini conosciuti merita un cenno l'Arthigon, per l'abbondante letteratura a cui ha dato lo spunto.

Questo vaccino, preparato in Germania già parecchi anni or sono, ed ora modificato nella preparazione essendo associato all'urotropina, è stato sperimentato in numerosi casi di artriti blenorragiche, di pieliti, di prostatiti, sia a scopo diagnostico, (perchè una reazione termica elevata od anche una reazione di acutizzazione nel focolaio locale depongono per la natura blenorragica della lesione), sia a scopo curativo, con iniezioni endomuscolari o endovenose.

Non si deve però mai dimenticare che la via endovenosa non è mai scevra di pericoli, e perciò dovendosi iniettare emulsioni batteriche e tossine, la loro rapida penetrazione in circolo deve sempre essere molto ponderata.

In Italia si preparano ottimi vaccini gonococcici, la cui efficacia è in rapporto con la virulenza dei ceppi coltivati; quello preparato dall'Istituto Sieroterapico Milanese è fondato su tale principio ed è perciò assai più raccomandabile degli autovaccini, perchè il gonococco nell'individuo ha tendenza a perdere piuttosto che aumentare la propria virulenza.

Delle affezioni non gonococciche dell'apparato urinario nei confronti della vaccinoterapia si è ampiamente occupato il Congresso della Società Internazionale di Urologia, tenutosi in Roma dal 24 al 26 aprile 1924.

Alla discussione parteciparono Nogués, Legueu, Reisech, Dudgeon di Londra; Rowsingh di Copenhaghen; Pirondini di Roma.

Fu ammessa l'utilità nelle infezioni da stafilococco e specialmente negli ascessi perinefritici ematogeni e nelle pielonefriti gravidiche; fu da taluni negata, da altri messa in dubbio l'efficacia della vaccinoterapia nelle forme da b. coli.

Nel campo urologico come in ogni altro ramo della scienza chirurgica fu confermata l'utilità della vaccinoterapia, purchè vi si ricorra tempestivamente e si associ alla cura locale.

Pirondini ha inoltre richiamato l'attenzione sulla possibilità dell'esistenza di focolai batterici estranei all'apparato urinario, dai quali può partire la recidiva dell'affezione (cute, denti, tonsille, appendice, colon, annessi).

Di ciò dev'esser tenuto calcolo nella prognosi e nell'indicazione della cura.

3) Sieri e vaccini nella cura dei tumori.

Nella cura dei tumori maligni la terapia immunitaria non è stata trascurata, ma di fronte a risultati incostanti e contradditori non si può oggi parlare d'altro che di lodevoli tentativi.

Furono preparati sieri con tumori di qualunque natura, non specifici pel tumore da curare, e sieri omologhi, per sfruttare una asserita o eventuale specificità del tumore o dell'organo in cui esso era impiantato; si ebbero talora risultati soddisfacenti talora negativi; Ehrlich e Apolant notarono che anche quando il tumore si riassorbe e regredisce non è dimostrabile la formazione nel siero di anticorpi specifici; e conclusero perciò che la refrattarietà contro il tumore è legata a proprietà istogene piuttostochè umorali. Gli eventuali effetti favorevoli vanno probabilmente attribuiti ad azione proteinica aspecifica.

Più progrediti, benchè ancora incompleti e discussi, sono i tentativi vaccinoterapici. Si pensò ad essi dopo i risultati poco incoraggianti della sieroterapia e dopo le osservazioni di Jensen sui topi, che, dopo essere stati innestati con tumori, i quali erano poi regrediti dopo l'attechimento, si mostrarono refrattari a una nuova inoculazione. In ciò Jensen vedeva un'immunità acquisita.

I tentativi vaccinoterapici dei tumori si possono dividere in antibatterici e antineoplastici. L'Antimeristem di O. Schmidt è antibatterico e si prepara col mucor racemosum.

Ehrlich nel 1906 preparò per il carcinoma sperimentale dei topi emulsioni di virus carcinomatoso attenuato ed ottenne immunizzazione non specifica ma valida per tumori di varia specie (carcinomi, sarcomi, condromi maligni).

Altri tentativi furono fatti con vaccini preparati con virus ucciso ricavato dal tumore stesso da curare e sottoposto a vari trattamenti.

Blumenthal (1907), attenendosi a un concetto di specificità, trattò il carcinoma dell'intestino del

cane con una poltiglia ricavata in tàl modo, e in capo a qualche settimana ottenne con questo primo tentativo di autovaccinoterapia la regressione del tumore.

Dall'esperienza sugli animali si passò alle applicazioni sull'uomo.

Il primo esempio venne dagl'indigeni delle Filippine, i quali avevano l'uso d'asportare una porzione del tumore e d'introdurla sotto la pelle dell'ammalato; questo sistema che talora era veramente seguito da guarigione si trasformava però tal altra in un'autentica riproduzione del tumore nel luogo d'innesto.

Non si potè per tal motivo pensare a un diretto trapianto di materiale, ma si ricorse alla sterilizzazione con vari metodi (triturazione, riscaldamento a 56°, sospensione in fenolo al 5 %, autolisi).

L'autolisi presenta il vantaggio che in termostato il tumore attenua grandemente la sua virulenza.

Fichera adoperò autolisati di tessuti embrionari, Blumenthal autolisati di tumori.

Blumenthal (1910) preparò un vaccino emulsionando pezzi di tumore in acqua cloroformica, tenendolo per tre giorni in termostato e allontanando infine le parti indisciolte. Ebbe buoni risultati nel carcinoma del ratto.

Il vaccino antineoplastico di Citelli si prepara in questo modo: un pezzetto pesato del tumore si agita per 45 minuti in una boccetta sterile contenente soluzione fisiologica fredda, che si cambia 6 volte; il pezzo così lavato si taglia e si pesta con polvere di vetro in un mortaio, indi si pone in soluzione fisiologica (10-40 centigrammi ogni c.c. di soluzione) e si agita per mezz'ora; la miscela si filtra bene per carta o cotone o candela Berkfeld. Il filtrato s'inietta ogni 5-12 giorni in dose di 1-10 c.c. endovenam o sottocute. Le fiale di vaccino si conservano con l'aggiunta di fenolo al 5 % o di cloretone.

L'efficacia pare sia discreta; Citelli ebbe buon numero di successi. L'azione consiste in citolisi che conduce a fusione necrotica di zone più o meno estese del neoplasma, con infiltrazione di mono- e poli-nucleati e rare mastzellen e plasmazellen.

Citelli crede che nel liquido vaccinico si trovino sostanze attive o eccitatrici della istolisi ad azione diretta elettiva; Fichera ritiene che autovaccini e autolisati agiscano sia sull'istolisi, sia come eccitanti dell'azione delle plasmacellule, dei leucociti, e dei connettivi; Blumenthal ritiene che l'azione sia simile a quella delle proteine.

L'inoculazione dei vaccini non è scevra di pericoli; può dare febbre e malessere che si prolunga per parecchi giorni, e talora, quando provoca una troppo rapida fusione d'elementi neoplastici, può essere accompagnata da fenomeni di riassorbimento gravi e qualche volta mortali.

Interessante dal punto di vista biologico nella cura dei tumori è la regressione che talora s'è potuto osservare con l'iniezione di essudati neoplastici, quali il liquido d'una ascite chilosa provocata da metastasi peritoneali del tumore stesso.

Lewin ebbe risultati incoraggianti, ed anche Centanni vide un caso di cancro a corazza della mammella recidivo con metastasi addominali regredire con l'iniezione del liquido ascitico autogeno.

I risultati però furono tutt'altro che costanti e persistono i pericoli di stimolazione allo sviluppo del tumore primitivo o di riassorbimenti tossici gravissimi o di schok anafilattico.

Da quanto abbiamo esposto si deve trarre come logica conclusione che la vaccinazione dei tumori non può essere oggi considerata che come un interessante argomento di studio e d'osservazione.

Rimane acquisita l'immensa mole d'esperienze cliniche e di laboratorio in una quantità non indifferente di malattie chirurgiche, tali da lasciar sperare che con sempre più perfezionati metodi di preparazione e con una maggiore divulgazione delle applicazioni vaccinoterapice là dove l'esperienza è stata confortata da esiti favorevoli e costanti, si possa realmente segnare un progresso terapeutico inteso nel senso di alleviare sofferenze, di allontanare pericoli e di agevolare i processi di guarigione.

BIBLIOGRAFIA

CENTANNI. *Trattato d'immunologia.*

P. EMILE WEIL. *Le traitement vaccino-thérapique des complications osseuses de la fièvre tiphoïde.* Le Monde médical, n. 599, mars 1922.

Congresso di Chirurgia, Strasburgo, ottobre 1921. — Atti del Congresso; ivi.

VI Congresso della Soc. Internazionale di Chirurgia (Londra 1923) in Journal de Chirurgie, settembre 1923.

FICHERA E PARLAVECCHIO. *Etiogenesi e terapia del cancro.* Palermo 1923, pag. 93 a 97.

Riforma medica. *Vaccinazione preparatoria nell'osteomielite tifica*, n. 1, gennaio 1924.

GRISANTI. *Contributo clinico allo studio della vaccinoterapia nelle osteomieliti acute dei bambini.* La Pediatria; fasc. 1 gennaio 1924.

SOLIERI. Comunicazioni al Congresso Ortopedico di Firenze (1922).

BASS SOUPAULT e BROUET. *Des pansements antimicrobiens dans la pratique humaine.* Presse médicale, n. 5, 16 gennaio 1924.

II Congresso della Soc. Internazionale d'Urologia (Roma, 24-26 apr. 1924) in Policlinico; Sez. Pratica. Fasc. 19 (del 12 maggio 1924), pag. 621.

CENTANNI. *Le direttive della cura dei tumori per via generale.* Relaz. alla V riunione della Soc. Italiana di Chimica Biologica in: Rassegna clinico scientifica dell'Ist. Biochimico Italiano e Istituto del Cancro, n. 4, aprile 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI BOLOGNA.
Direttore inc.: prof. ANTONIO GASBARRINI.

A proposito della questione della patogenicità del « Bacillus abortus » di Bang nell'uomo.

Dott. RODOLFO VIVIANI, assistente.

In questi ultimi tempi si è avuta una ripresa alacre di studi sul bacillo di Bang, sia nel campo della medicina veterinaria, sia anche in quello della medicina umana.

Nel campo della medicina veterinaria in special modo, perchè la infezione di questo germe provoca l'aborto ed è ovvio come, costituendo un danno grave dell'economia là dove è epidemico, rappresenti un importante problema profilattico.

Nel campo della medicina umana l'interesse è sorto in seguito alla dimostrazione della grande affinità, quasi della stretta parentela esistente tra questo germe ed il micrococco di Bruce. Identità morfologica, culturale, sierologica e per quanto riguarda gli animali anche patogena.

La sola grande differenza tra l'un germe e l'altro (al momento attuale delle conoscenze è d'uopo ancora farne una distinzione) riguarderebbe secondo alcuni AA. il potere patogeno verso l'uomo e cioè, il bacillus abortus ne sarebbe sprovvisto.

Nicolle, Burnet, Conseil, hanno dato a questo lato del problema, il quale si addimostra di una importanza così alta, un contributo sperimentale di un certo interesse, anche per le gravi difficoltà di applicazione, ma che però non riesce, come vorrebbero gli AA. predetti, a risolverlo.

Essi hanno inoculato cinque soggetti con culture di bacillus abortus di 24 ore. Tre con Bang di vacca, due con Bang suino.

Nessuno di questi cinque individui presentò febbre nè disturbo di sorta. A questa esperienza nulla si può obiettare, presa a sè, perchè, data la competenza degli esperimentatori, certamente è da credere essa sia stata condotta con tutte quelle regole e quegli avvertimenti atti a non pregiudicarne il risultato finale.

Ma quando detti AA. soltanto in base ad essa, affermano che il bacillus abortus è privo di potere patogeno per l'uomo, al punto da consigliare l'uso in laboratorio di ceppi di Bang in sostituzione di ceppi di melitense, onde evitare possibili infezioni, dato che per le reazioni biologiche il bacillus abortus risponde in modo esatto e del tutto simile al micrococco di Bruce, non possono non suscitare al riguardo una serie di obbiezioni.

È ovvio come sole cinque esperienze negative non possano assumere una seria importanza dimostrativa.

L'asserto degli AA. francesi ha bisogno di essere corredato da un largo contributo sperimentale, ed al riguardo, data la loro opinione sul bacillus abortus, non deve riuscire per essi di grave difficoltà l'applicazione delle esperienze su larga scala.

Soltanto dinanzi ad una eventuale ostinata negatività di reperti, in gran numero di soggetti in vari modi e per varie vie inoculati, la affermazione degli AA. francesi potrebbe assumere un certo valore probativo.

Certo appare strano che un germe, il quale è simile ad un altro altamente patogeno per l'uomo, da poter esser sostituito ad esso nelle reazioni biologiche, germe patogeno per gli animali, tra cui è da annoverarsi anche la scimmia, (Fleischner e Meyer, Burnet, Cotton, Hagan, ecc.), solo per la specie umana abbia a differire. Tanto più che esperimenti opposti dimostrano come il micrococcus melitensis, inoculato in animali nei quali l'abortus provoca l'aborto, produce in essi lo stesso risultato (Evans).

L'identità tra Bang e micrococco melitense è oramai dimostrata da numerosi lavori, su cui non è possibile ora fermarsi per gli intendimenti di questa nota e di cui alcuni dei più recenti, per accennarli, sono quelli di Nicolle, Burnet, Conseil, Lake, Evans, Meyer e Shaw, ecc. Questa identità è stretta al punto da non potersi differenziare in alcun modo l'un germe dall'altro, talchè di fronte a germi isolati dal sangue di un infermo non è possibile stabilire se si tratti nel caso singolo di abortus o di melitense.

Ed infatti, mettendo a contatto il bacillo di Bang con siero agglutinante antimelitense, si ottiene l'agglutinazione ad alto titolo come per il melitense.

Secondo Evans l'antisiero melitense agglutinerebbe il bacillo melitense ad un titolo maggiore che non il bacillus abortus (1/640 per l'abortus mentre fino a 1/5000 per il bacillo melitense).

In verità questo non è però dato assoluto perchè da qualche esperienza da me eseguita il titolo di agglutinazione del melitense e dell'abortus con siero antimelitense risultava pressochè uguale per l'uno e per l'altro germe e in qualche caso anche, superiore per il Bang.

Ancora sempre a proposito dei rapporti tra i due germi, secondo gli studi del Burnet, risulta come le cavie infette da melitense siano sensibili a l'inoculazione intradermica di abortina e viceversa.

Lo stesso fatto si verifica nell'uomo. Anzi Burnet avrebbe osservato che in malati di melitense,

i quali ricevettero una intradermoreazione all'abortina ed alla melitina, si ebbe per quella una reazione più forte. L'abortina iniettata a forte dose nel peritoneo di cavia infetta di melitense o di aborto uccide la cavia.

I mezzi di cultura che si usano comunemente per il bacillo melitense servono in egual modo per il bacillus abortus.

È però d'uopo ora notare, che il bacillus abortus è germe, il quale, nelle semine dirette dal feto o dalla placenta della vacca, si sviluppa con difficoltà in aereobiosi, ed ha bisogno per crescere di una semiañaereobiosi, donde il metodo proposto dall'Ascoli per il suo isolamento, e cioè di farlo crescere in tubi appositi vicino a culture del bacillo del carbonchio.

Ora in casi in cui dal sangue umano si isoli un germe, il quale cresca bene in aereobiosi (come è il melitense), in questo fatto si potrebbe ricercare un dato di esclusione dell'infezione da aborto.

Ma che cosa ne sappiamo noi delle modificazioni che questo germe può assumere nel passaggio attraverso l'organismo umano, quando anche pensiamo che poi nei successivi passaggi nei vari terreni di cultura, quando già ad essi si è abituato, esso si sviluppa in modo rigoglioso e in aereobiosi, e così ugualmente coltivandolo dal sangue di animali da esperimento infettati o dagli organi di essi o dal latte? (Fayban, Surface).

D'altra parte il concetto di Bang e Stribold di ritenere il bacillus abortus come una forma intermedia fra gli aerobi e gli anaerobi, dietro anche le ricerche di Zwich e Wedeman, non è da ritenersi del tutto esatto, poichè molte volte il bacillo di Bang si sviluppa anche in primo tempo come un qualsiasi aerobio (Zwich, Zwich e Zeller.)

Dietro tale considerazione parmi logico far notare se non convenga, in casi ad agglutinazione positiva per il melitense e il Bang, nei quali la semina del sangue a tensione di ossigeno atmosferica riesce negativa, tentare di porre i mezzi di cultura in semi anereobiosi: chissà che così non si riesca qualche volta ad ottenere un reperto positivo e non possa questo metodo valere a differenziare, almeno per il caso specifico, il Bang dal melitense.

Dalle premesse fatte adunque, concludendo, si può dire che attualmente non si posseggono dati di differenziazione tali da poter distinguere il bacillus abortus dal micrococco melitense e quindi tali da poter stabilire se un infermo, dal sangue del quale si sia isolato un microrganismo che risponda alle prove per i due germi, sia affetto dall'una più che dall'altra infezione.

Secondo l'affermazione di Nicolle, l'assenza di patogenicità del Bang per l'uomo, sarebbe già dato che escluderebbe la infezione da questo microrganismo, ma essa ha bisogno ancora di conferma.

In relazione ad osservazioni cliniche non rare verificate in questi ultimi tempi in Provincia di Bologna, Ferrara, Modena, nelle quali non si riesce a ritrovare nell'anamnesi degli infermi contatti con capre, e nella considerazione anche che questi casi si sono avuti in coincidenza con una epidemia di aborto epizootico, e non rare sono risultate le infezioni in veterinari e macellai (Manzini) che con vacche affette avevano avuto rapporto, dietro la nozione anche che il latte delle vacche affette come è sorgente di contagio indubbio per la trasmissione dell'aborto tra la specie bovina e nella mammella il bacillo di Bang può vivere, moltiplicarsi e passare nel latte anche dopo lungo tempo dall'avvenuto aborto (Smith, Fadyean, Zwich, Schroeder, Cotton, ecc.), può costituire anche una sorgente di contagio per l'uomo, mi è parso non privo di interesse portare il mio contributo all'argomento.

Non tutte le osservazioni edite ed inedite compiute ultimamente e di cui ho potuto avere notizia, hanno avuto il beneficio della emocultura positiva. Alcune osservazioni sono state unicamente corredate dalla sieroagglutinazione ad alto titolo. Per esse, le quali assieme ai dati clinici hanno valore pratico, è a dirsi però che non sono strettamente dimostrative, poichè come avviene per le cavie, i conigli, ed i vitelli che alimentati con latte contenente agglutinine presentano le agglutinine nel siero di sangue pur non avendo mai contratta la infezione (Giltner, Gooledge, Huddleson) ciò potrebbe accadere anche per l'uomo.

Dall'osservazione di due casi clinici che mi è occorso recentemente di osservare ho preso occasione per redigere questa breve nota che considero come nota preventiva, poichè è mia intenzione continuare lo studio dell'argomento.

Descriverò brevemente i due casi, nei quali ho avuto il beneficio della positività della emocultura.

Castelli G. di anni 35. Abitante in Comune di Argenta. Macellaio.

Nulla dall'anamnesi famigliare di interessante.

Dall'anamnesi personale risulta come esso sempre abbia goduto ottima salute fino al 1916 in cui ammalò di febbre tifoide; poi è stato sempre bene fino all'inizio della infermità che lo ha indotto a ricorrere al nostro consiglio.

Il suo mestiere già dice i contatti che egli ha con i bovini.

Possiede una stalla propria in cui è penetrato l'aborto. La sua famiglia ed egli stesso si nutre col latte di una vacca che ha recentemente abortito. Dice di non averne mai bevuto il latte crudo. Però spesso ha munto questa vacca.

Prima di ammalarsi circa una quindicina di giorni ha avuto occasione di macellare un vitello neonato, perchè malato, nella stalla di un suo

parente, nella quale quasi tutte le vacche avevano abortito.

Verso il 10 di maggio l'infermo che prima godeva salute ottima, incominciò ad accusare anoressia, senso di astenia generale, qualche brivido di freddo serotino.

L'infermo però non vi fece caso e continuò a lavorare per qualche giorno ancora.

Però continuando a perdurare lo stato di malessere si misurò la temperatura che riscontrò a 38°.

Si mise in letto. Interrogato sui caratteri della febbre dice che essa assunse un tipo remittente con massimi di 39 e minimi di 37,1 e questi massimi e minimi venivano toccati più di una volta in una giornata. Non è stato possibile stabilire se la febbre avesse anche un carattere ondulante. Durante la remittenza era inondato da sudori profusi.

Ai primi giorni di anoressia, seguì un ristabilimento del senso dell'appetito che l'infermo non ha mai perduto durante tutto il periodo della malattia.

Nonostante la febbre continua l'infermo non teneva il letto e rimaneva levato quasi l'intera giornata, attendendo anche a qualche leggera fatica.

Ricorse al consiglio di vari medici i quali posero alcuni diagnosi di malaria, forse per il reperto di una grossa milza e per i sudori profusi, altri di infezione intestinale.

Il reperto negativo nel sangue dei parassiti malarici e la somministrazione ripetuta di chinino che non portò giovamento fece abbandonare la diagnosi di malaria e l'infermo fu persistentemente curato per infezione intestinale.

Nessun sussidio terapeutico valendo a portargli giovamento l'infermo ricorse a questo istituto ove fu visitato il 20 luglio 1924.

Interrogato se avesse mai avuto rapporti con capre, se avesse bevuto latte di capra e se nei pressi di casa sua vi fossero capre risponde negativamente.

Esame obiettivo. — Individuo in condizioni di nutrizione buone. Nessuna alterazione a carico dell'apparato circolatorio e respiratorio. La negatività assoluta del reperto obbiettivo degli organi respiratori fu anche confermata da un esame radiografico.

Lingua tersa, funzioni digerenti apparentemente normali.

Sistema nervoso integro.

Si palpa il polo inferiore della milza a quattro dita trasverse dall'arco costale, duro, indolente. In alto l'ottusità splenica giunge all'ottava costa.

Si palpa il bordo inferiore del fegato a due dita trasverse dall'arco costale, sulla mammillare, piuttosto duro, lievemente dolente; l'infermo in apnea.

Temperatura al momento dell'esame 38,9.

Esame del sangue:

Emazie ben colorite. Sostanza granulofilamentosa in discreta quantità.

Globuli rossi 4.650.000. Globuli bianchi 5.580. Emoglobina 70. Formula leucocitaria: linfociti 21, neutrofili 74, monociti 2, forme di passaggio 2, eosinofili 1. Qualche cellula di Turk.

Negativa la ricerca del parassita malarico, col metodo della grossa goccia.

Esame urine:

Peso specifico 1018. Albumina: tracce. Urobilina: assente. Sedimento: qualche cilindro ialino.

La diagnosi clinica di una infezione da melitense posta, se ne cercò la conferma dall'esame del siero di sangue.

Agglutinazione per tifo, paratifi: negativa.

Agglutinazione per melitense (6 ceppi sicuri, preventivamente più volte controllati con sieri normali e sieri agglutinanti).

A. + 1/1000. B. + 1/1000. C. + 1/700. D. + 1/1000. E. + 1/1000. F. + 1/800.

Agglutinazione per bacillus abortus (2 ceppi+ 1/1000).

Emocultura: in brodo; dopo 4 giorni dalla semina il brodo presenta un intorbidamento uniforme e senza velo. In agar a becco di flauto: dopo 6 giorni appaiono sulla superficie dell'agar piccole colonie a goccioline di rugiada che hanno sviluppo rapido e ricco nei trapianti.

L'esame batterioscopico delle colonie rivela un germe assai piccolo a forma di cocco e di corto bacillo, gram negativo.

Il siero del malato agglutina il proprio germe all'1 %.

È agglutinato all'1/1200 da siero agglutinante antimelitense.

È agglutinato all'1/1000 da siero di vacca affetta da infezione da aborto, il quale provato con 2 Bang li agglutinava ad un titolo di 1/800.

Questo ceppo, sottoposto a numerose prove di controllo con sieri di sani, di tubercolosi e sieri agglutinanti antimelitense ha sempre risposto egregiamente.

Terminate le ricerche e dimostrato in modo indubbio sicura la diagnosi di febbre di Malta, l'infermo, ancora febbricitante fu consigliato di trasferirsi a mille metri sul livello del mare.

Dopo circa una settimana l'infermo scriveva che la febbre lo aveva lasciato e che stava benissimo.

Lo rividi dopo circa un mese in condizioni di salute floride; attualmente è ancora in perfetto stato di salute.

Dall'anamnesi adunque risulta come l'infermo nessun rapporto abbia avuto con capre e nemmeno pareva probabile esso avesse potuto contrarre l'infezione per via indiretta a mezzo di alimenti inquinati od a mezzo dell'acqua, perchè nelle vicinanze capre non ne esistevano. Dietro la considerazione però che non soltanto le capre possono trasmettere la infezione melitense ma pure le vacche, le pecore, nel latte delle quali è detto può ritrovarsi il micrococco di Bruce, accanto anche al bacillus abortus, il fatto della negatività del contatto con capre non può escludere la infezione da melitense.

In realtà il problema rimane insoluto: però se fosse dimostrato che il bacillus abortus può essere patogeno per l'uomo sono d'avviso che in questa circostanza logico sarebbe porre diagnosi di infezione da aborto.

Poichè le esperienze di Cotton dimostrerebbero come il più gran numero degli aborti dei suini debbono essere rapportati a un tipo aberrante o extravirulento di bacillus abortus, agente specifico dell'aborto contagioso dei bovini, credo opportuno riportare anche il seguente secondo caso.

Bignami E. Molinella (Bologna), Ragazza diciottenne di famiglia sanissima. Non ha mai sofferto di alcuna malattia fino all'inizio della presente per la quale è ricorsa al nostro consiglio.

Circa tre mesi addietro dopo un periodo di spossatezza, inappetenza, dolorabilità alle ossa fu presa da febbre alta con brivido iniziale e sudorazione alla defervescenza. L'ammalata non sa dare indicazioni esatte sul decorso della febbre: sembra però essa avesse un carattere intermittente. Perdurò circa due mesi, durante i quali l'inferma fu tenuta in letto ad una dieta ristretta. L'appetito però tranne che nei primi giorni non le mancò mai. Cessata la febbre le fu consigliato per rimettersi, chè era divenuta molto anemica ed emaciata, un cambiamento d'aria e fu inviata in montagna. La febbre si ripresentò per qualche giorno poi scomparve. Colà l'inf. permase circa una quindicina di giorni, ma non risentendo dal soggiorno un beneficio al ristabilirsi delle sue forze, ritornò a casa propria ed il giorno 1 agosto 1924 si presentò a questo Istituto.

Non ha mai bevuto latte di capra nè avuto rapporti di diretta vicinanza con capre. Nella propria stalla non si sono ultimamente verificati casi di aborto epizootico. L'ammalata attendeva al mantenimento di una scrofa che alcuni mesi addietro aveva abortito.

Esame obbiettivo. — Ragazza di costituzione robusta ma molto anemizzata. Accusa senso di astenia profonda. Ha ottimo appetito; funzioni digerenti apparentemente normali.

Nessun fatto patologico al torace: un esame radiografico conferma la negatività del reperto clinico. Pure nessun fatto anomalo rilevasi a carico dell'apparato circolatorio.

L'attenzione viene tratta dagli organi ipocondriaci.

Epato- e splenomegalia.

Il bordo inferiore del fegato si palpa a livello della ombelicale trasversa, liscio, piuttosto duro, leggermente dolente. Il polo inferiore della milza duro, indolente, sporge di tre dita trasverse dall'arco costale.

Esame del sangue. — Globuli rossi 3.658.000. Globuli bianchi 4.960. Emoglobina 60.

Scarsa quantità di sostanza granulofilamentosa.

Forma leucocitaria: linfociti 44, neutrofili 45, monociti 4, forme di passaggio 6, eosinofili 1.

Ricerca del parassita malarico negativa anche col metodo della grossa goccia.

Sieroagglutinazione per il melitense positiva 1/1000 con 4 ceppi.

Sieroagglutinazione per il Bang positiva 1/1000 con 2 ceppi.

Nonostante l'assenza della febbre vien prelevato il sangue per emocultura in brodo e agar.

Viene isolato un germe Gram negativo che morfologicamente è simile al micrococco melitense ed è agglutinato all'1/1200 da un siero antimelitense.

Questo ceppo in seguito provato con numerosi sieri di individui normali, tubercolosi e affetti da varie malattie ha sempre risposto negativamente.

È agglutinato al titolo di 1/1000 da siero di vacca affetta da aborto epizootico.

L'inferma nel prosieguo dell'osservazione presenta qualche lieve elevazione termica serotina (37,5) come massimo.

Nello spazio di 2 mesi circa il volume del fegato e della milza si ridusse al normale; scomparve totalmente la febbre e le condizioni generali divennero floride.

Nessun ausilio terapeutico le fu dato all'infuori di preparati ricostituenti.

L'importanza della questione che mi ha indotto a redigere questa breve nota, mi sarà anche di incitamento nella esecuzione delle ricerche sperimentali.

E confido che questa mia lieve fatica riesca utile nel senso di indurre altri studiosi ad interessarsi dell'argomento.

Bologna, 13 dicembre 1924.

BIBLIOGRAFIA.

ASCOLI A. *Sull'isolamento del bacillo di Bang.* La Clinica Veterinaria, 1913.

BANG e STRIBOLD. *Die Aetiologie des seuchenaften Verwerfens.* Deutsche Zeitschrift für Thiermedizin, Bd. I, 1897.

BURNET. *Sur les rapports du B. abortus (Bang) e du micrococcus melitensis.* C. R. Acad. Sciences. L. CLXXV, 30 ottobre 1923, pag. 790.

COTTON W. E. *The persistence of the bacillus of infectious abortion in the tissues of animals.* American veter. Review, dicembre 1923.

ID. *The caracter and possible significance of the Bang abortion bacillus that attacks swine.* Journal Americ. Med. Veter. Ass., novembre 1922.

EVANS A. C. *Experimental abortion in a cow produced by inoculation with bacterium melitensis.* Public health reports, n. 830, 20 aprile 1923, pag. 825-26.

ID. Journal of infect diseases, vol. 22, pag. 576-580, vol. 23, pag. 354.

GHERARDINI P. *Malattie infettive dell'uomo e degli animali.* Vallardi, 1922.

GITTNER, COOLEDGE, HUDLESON. *A study of the milk in bovine infectious abortion.* Bull. Inst. Past., 1917, n. 4.

HAGAN. *Studies of the disease of Guinea pigs due to bacillus abortus.* The Journal of exper. Med., 1922, vol. 36, pag. 709.

LAKE G. C. *Malta fever in Southwertern United States.* Publ. health Teports, t. XXXVII, n. 47, 24 novembre 1922, pag. 2895-899.

LITTLE and ORCUTT. The Journal of experimental medicine, 1922, pag. 161-171.

MANZINI G. Bull. Scienze Mediche. Bologna 1924.

MEYER e FLEISCHNER. *Preliminary observation on the pathogenicity for monkeys of the Bacillus abortus bovinus.* Proc. American Pediatric. Soc., t. XXXII, pag. 141.

MEYER e SHAW E. B. Jour. of inf. diseases, t. 22, 1920.

SCHROEDER and COTTON. *The bacillus of contagious abortion found in milk.* Cent. Referate, LIX, pag. 410.

ZEH O. Berliner tierarztl. Wochenschr., 1920, n. 23.

ZWICH und KRAGE. Berlin tierärtztl Woch., 1913, n. 3, Cent. Referate, LVII, pag. 174.

NICOLLE C. H., BURNET E. T., CONSEIL. C. R. Acad. Sciences, I, CLXXVI, 16 aprile 1923, pag. 1034.

Una larga letteratura sul bacillo di Bang trovasi nel capitolo « Aborto contagioso delle vacche » del prof. GHERARDINI in « Malattie infettive dell'uomo e degli animali », Vallardi 1922.

(Pervenuto in redazione il 17 dicembre 1924).

NOTE E CONTRIBUTI.

Patogenesi della morte per ustioni e suoi rapporti con l'anafilassi.

Dott. ROCCO GIAMPAOLO.

Fra le numerose teorie messe in campo per spiegare la morte per gravi ustioni (teoria nervosa dello shok, teoria della impedita traspirazione, teoria tossica, teoria anafilattica, ecc., quasi tutte più o meno prestano il fianco alla critica.

Bisogna anzitutto distinguere sindromi cliniche e quadri sperimentali. Certamente in un quadro morboso così imponente e così fatale nel rapido decorso, vi sono elementi favorevoli per l'interpretazione di ognuna delle cennate teorie; così si comprende benissimo, come lo shoc, provocato dalla violenta distruzione delle terminazioni nervose sensitive di una vasta superficie del corpo, possa di per sè, provocare la paralisi riflessa dei centri vitali; è pure logico che dalla estesa distruzione di sostanze organiche, quale appunto si verifica nelle ustioni in superficie e profondità di un dato organo, si possa provocare la comparsa in circolo di detriti organici e perciò agenti in certo qual modo come sostanze tossiche; e certamente è pure nociva la sottrazione alla traspirazione di una vasta superficie cutanea. Riguardo alla teoria anafilattica, sotto un certo punto di vista, dovremmo collegarla alla dottrina tossica: in effetti non potremmo a rigore spiegare un fenomeno oscuro, qual'è la morte per gravi ustioni, con un fenomeno che, a sua volta, non ha minore bisogno di lumi e di spiegazioni. Il concetto di anafilassi è quanto mai vago indeterminato, reso non poco caotico dalle infinite esegesi e, diremmo, invadente, perchè non c'è fenomeno biologico, che non si sia voluto includere nel vasto seno dell'anafilassi.

Però tra le due sindromi da ustioni e da anafilassi vi è un fenomeno comune e caratteristico che vedremo in seguito e la cui importanza è capitale per la interpretazione della loro patogenesi.

Ora se le cause suaccennate possono di volta in volta essere invocate come fattori di esito letale nei diversi casi clinici di morte per ustioni, se si vagliano alcuni tipici esperimenti di laboratorio, siamo guidati ad una differente concezione patogenetica. La ricerca delle sostanze tossiche fu estesa a varie regioni dell'organismo: si potrebbe pensare che le sostanze tossiche provenissero o dalla pelle ustionata o da perturbazioni del ricambio interno e di là, nell'un caso e nell'altro, passassero nel sangue. Perciò si cominciò dal trapiantare sotto la pelle intraperitonealmente dei frammenti di cute lessata o ustionata di altri animali; ma essi non spiegarono alcuna azione tossica, si dimostrarono innocui o provocarono un'infezione.

Con ciò non si intende naturalmente di negare che l'assorbimento di materiale necrotico non possa produrre certi danni, ad esempio un aumento di temperatura; ma ad attestare la relativa innocuità di questo assorbimento sta anche il fatto che si può produrre un complesso di sintomi analogo a quello che si ha nella scottatura riscaldando non la pelle, ma direttamente il sangue stesso.

E d'altra parte scottando un membro reso preventivamente anemico, la morte non si verifica quando, ristabilita la circolazione, l'assorbimento degli eventuali prodotti tossici non è più ostacolato in alcun modo.

Per rintracciare le eventuali sostanze tossiche di origine autoctona furono accuratamente studiate le orine. L'aumento asserito da alcuni autori dei coefficienti tossici nelle orine degli animali scottati in confronto dell'orina normale non fu da tutti confermata o lo fu solamente in singoli casi e in limitata misura. Le sostanze speciali che appaiono nell'orina sono: l'emoglobina, l'albumina, le albumosi e la piridina (C_5H_5N), ma a quest'ultima non si attribuisce un potere tossico tale da spiegare la gravità dello stato. Infine si fecero esperienze col sangue stesso degli animali ustionati, trasfondendolo in animali sani; ma, nè l'iniezione del sangue intiero, nè quello del plasma portò a conseguenze nocive. In vista di tutto ciò è giuocoforza ammettere che la presenza delle pretese sostanze tossiche nel corpo degli ustionati non è sino ad ora dimostrata (Askanazy).

Altri autori vorrebbero attribuire l'esito letale nelle gravi ustioni alle trombosi dei vasi centrali, specie del bulbo. Si è molto parlato di trombosi al seguito di ustioni: la possibilità di una coagulazione locale nelle zone cutanee ustionate è fuor di dubbio. Ma da esperienze di discutibile valore si è voluto dedurre anche una tendenza generale degli organi interni alla trombosi, deducendola dall'irregolare riempimento dei vasi quando vengono iniettati; ma l'argomento a molti altri autori non appare convincente (Askanazy).

La mancata traspirazione invocata pure da alcuni, è un fattore a cui si darebbe un'importanza esagerata, non suscettibile in ogni modo di provocare la morte, perchè una cosa è il completo verniciamento della superficie corporea operato sperimentalmente e altra cosa è la sottrazione di una limitata se pure vasta superficie della pelle alla funzione traspirante.

Più difficile sarebbe voler ridurre d'importanza la teoria nervosa dello choc quale causa di esito letale nelle gravi ustioni.

Però se consideriamo un esperimento di cui abbiamo fatto già menzione (relativo cioè alla scottatura di un membro reso preventivamente anemico, scottatura la quale, ristabilendo la cir-

colazione, non provoca la morte) possiamo argomentare che tale esperimento non solo contraddice la teoria tossica, come già si è visto, ma benanco la teoria nervosa; infatti niente impedisce in questo dispositivo l'insorgenza dello choc, eppure la morte non si verifica e il complesso sintomatico non presenta la gravità degli altri casi.

Viceversa riscaldando direttamente il sangue si ha un complesso sintomatico simile alle gravi ustioni, eppure bisogna escludere in questo dispositivo sperimentale l'azione dello choc, in quanto che evidentemente non vi è trauma distruttivo delle terminazioni nervose sensitive. Ma a sua volta lo choc nella moderna interpetrazione non va riferito più all'immaginosa espressione dell'emorragia nervosa, ma viene considerato un ictus anafilattico; ora anche seguendo questa nuova interpretazione — nel caso in esame — lo choc non è più una causa ma diventa semplicemente un fenomeno riferibile a squilibri umorali di vario ordine a seconda della teoria che si preferisce per la spiegazione dell'anafilassi.

In realtà gli esperimenti citati e più ancora le osesrvazioni che citeremo in seguito fanno pensare che la causa agente del grave quadro morboso sia il sovrariscaldamento del sangue con le conseguenze che esamineremo.

Le alterazioni più potenti del sangue sono di ordine morfologico; alterazioni, deformazioni e frammentazioni dei corpuscoli del sangue, emolisi, e nei casi gravissimi emoglobinemia. Tutto questo però è un reperto che si riscontra in parecchie sindromi emolitiche senza che l'entità di tale emolisi sia in grado di provocare rapidamente l'esito letale. Invece insorgono disturbi gravissimi relativi alla inibita funzionalità dei tessuti; vi è un arresto o un'accentuata diminuzione delle funzioni elementari dell'attività del ricambio intercellulare e numerosi globuli rossi pure integri morfologicamente, risultano annientati nella loro attività (Askanazy) e, clinicamente, un indice di queste attenuate attività vitali è dato anche dal comportamento della temperatura. Negli animali scottati si produce una minore quantità di calore che in quelli normali ed è notevole una diminuzione dei processi di ossidazione.

Ora è opportuno riesaminare un punto fondamentale della dottrina dell'anafilassi.

Si è intravisto nella sindrome da gravi ustioni una grande analogia con la sindrome anafilattica; vi si riscontra altresì un fenomeno importante comune ai due processi morbosi: *la scomparsa del complemento.* Che cosa significa questa espressione? Significa che il siero di sangue non è più attivo: si è avuta in altre parole una inattivazione interna del complemento analogamente a quello che si ottiene col riscaldamento in termostato del siero a temperatura di 56°-60°.

Ora poichè nelle gravi ustioni, abbiamo visto come principio di massima che la causa letale è dovuta al sovrariscaldamento del sangue, è lecito dedurre che tale riscaldamento ha inattivato il siero di sangue, inquantochè una temperatura superiore ai 56° ha agito più o meno a lungo e intensivamente sul liquido circolante nei tessuti. E l'attività del siero di sangue a che cosa è dovuta e come può la sua inibizione influire sulle funzioni vitali dell'organismo?

Io penso che l'attività di un liquido organico la quale viene meno se sottoposta a temperatura di circa 60° è dovuta alla presenza in detto liquido *di fermenti o sostanze fermentcdoidi.* Che esistano tali fermenti nel siero e che debbano avere un'importanza specifica nel disimpegno degli scambi intercellulari, non solo è di deduzione elementare, ma è anche un fatto provato. Così dunque venendo limitate o quasi abolite le attività di tali fermenti si può spiegare la sindrome da gravi ustioni la quale è essenzialmente una sindrone di *deficit funzionale acuto.*

Ora collegando col medesimo filo conduttore i due concetti di sindrome da ustioni e sindrome anafilattica, si potrebbe rischiarare con la stessa ipotesi l'intricato e oscuro campo di questa ultima riferendola appunto a inattivazione intraplasmatica del complemento ossia alla distruzione o inibizione dei fermenti del sangue: il cui meccanismo d'azione peraltro rimane ancora misterioso. Questa ipotesi, quantunque del tutto differente, sembra avere una certa parentela con le dottrine di Friedberger, Bronfenbreuner e successive di Jobling e Petersen secondo le quali il carattere specifico dell'anafilassi sta nella mobilitazione specifica del fermento che scompone e idrolizza l'albumina in proteosi o peptoni tossici. Teorie che hanno dovuto cedere il campo di fronte alla nuova dottrina dell'anafilassi intesa come una crisi colloidoclasica; sebbene questa teoria, specie nel suo aspetto puramente meccanico della flocculazione sia ben lungi dal chiarire i complessi fenomeni che si collegano all'anafilassi.

Ma questa trattazione esorbita dal còmpito prefissomi e per conchiudere io penso che una terapia ispirata ai concetti più sopra esposti potrebbe arrecare nei limti del possibile e con i perfezionamenti di tecnica relativi, i più utili benefici; perchè in effetti, nei casi più gravi di ustioni, i migliori risultati — e questo conferma singolarmente le idee surriferite — si sono ottenuti con la trasfusione di sangue.

San Luca (Reggio Calabria), luglio 1924.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Le moderne ricerche sull'importanza del calcio nell'organismo e le loro applicazioni cliniche.

(N. PENDE. *Giornale del medico pratico*, numero 9, 1924).

Il normale processo di eccitazione, che è a base della vita cellulare, è legato (Kraus e Zondek) all'assorbimento, in giuste reciproche proporzioni, attraverso le membrane delle cellule, di una certa quantità di calcio e di potassio, mediante un processo autoctono, ma regolato dal duplice meccanismo ormonico e vegetativo. Il simpatico, secondo Zondek, favorisce la penetrazione del calcio, il parasimpatico quella del potassio. L'ormone paratiroideo, e verosimilmente anche l'adrenalina, favoriscono l'assorbimento del calcio, mentre il calcio e l'adrenalina stimolano elettivamente e nello stesso senso il simpatico. Il potassio, al contrario, stimola il parasimpatico, avendo per probabile ausiliario ormonico la colina. Nel processo di irritabilità cellulare il calcio dimostra un'azione moderatrice sui processi elettrici dei nervi e dei muscoli, e analogamente si comporta il magnesio; mentre gli ioni potassio, e così pure gli ioni sodio, aumentano l'eccitabilità neuromuscolare. Cosicchè per l'equilibrio tonico dei nervi e dei muscoli, e lo stesso avviene per il biotono degli altri tessuti, può valere il quoziente: C (concentrazione) Na+K:C (concentrazione) Ca+Mg.

Questo quoziente di concentrazione ionica nei tessuti è a sua volta subordinato alla concentrazione di CO^2 e di H ioni nel sangue. Nell'alcalosi del sangue gli ioni calcio vengono sottratti ai tessuti, la cui eccitabilità aumenta; nell'acidosi (aumento di H ioni) si accresce la possibilità di fissazione del calcio ai tessuti stessi.

Il calcio, inoltre, con azione antitetica a quella del sodio, attira acqua dai tessuti nel sangue, spostando gli ioni sodio dai tessuti.

Le ricerche di terapia clinica dimostrano che il calcio, a dosi sufficienti, è efficace e non solo negli stati d'ipervagotonia, per un'azione aumentatrice sul tono simpatico, ma anche come equilibratore del tono nervoso vegetativo, moderando così il simpatico come il parasimpatico attraverso lo stimolo della funzione delle paratiroidi. Queste nuove conoscenze sul neurochimismo cellulare illuminano il meccanismo di produzione di molteplici stati morbosi apparentemente di natura diversissima.

Sebbene manchino ricerche sistematiche sulla esistenza di vere individualità ipocalciche o ipercalciche, non è azzardata l'ipotesi che il tipo umano ipervegetativo brevilineo megalosplancnico (abito ipertonico, ipertensione, ecc.) sia anche un tipo ipercalcico, e che il tipo ipovegetativo longineo (abito astenico e neurolabile, angioipotonia, temperamento spasmofilo, tendenza alla rachitide) sia anche un tipo ipocalcico. Sono note le idee, specialmente di AA. francesi, sulla importanza della povertà di calcio negli individui ad abito tisico, e della cura di recalcificazione nella tubercolosi. Anche i cosidetti linfatici eretistici, con abito ordinariamente longilineo ipovegetativo, con tendenza ai catarri linfatici ed alle stasi linfaticovenose delle mucose e della cute, sono, secondo l'A., individualità ipocalciche, e si giovano molto della cura intensiva col calcio.

È stato rilevato un rapporto tra insufficienza di calcio e alcuni tipi neuropatici e temperamenti, come la spasmofilia costituzionale, stati preallucinatori di alcuni tipi psichici, ecc., che cederebbero alla terapia calcica.

Questa terapia ha avuto recentemente successo in alcuni stati morbosi delle vie respiratorie generalmente ribelli alle cure, come l'idrorrea nasale, le riniti vasomotorie, la corizza spasmodica e l'asma bronciale, anche complicato da bronchiolite cronica; nella congiuntivite primaverile, affezione in cui esiste uno stato evidente di vagotonia; in alcune dermopatie come gli eczemi cronici e recidivanti diffusi, prurigo e dermatiti pruriginose, in tutte le manifestazioni della diatesi essudativa, in cui è frequente uno stato di parasimpaticotonia; nelle manifestazioni cutanee e da ipersensibilità da salvarsan, su cui ha azione anche preventiva; in casi di emicrania e di cefalea accessionale, ribelli ad altre cure. La esperienza clinica ha inoltre dimostrato la possibilità di curare gli edemi ed i versamenti sierosi delle nefriti idropigene cloruremiche col lattato di calcio a dosi elevate, che provocherebbe una copiosa eliminazione renale di cloruri, spostando gli ioni sodio dai tessuti; e qualche autore ha segnalato buoni risultati anche in casi di essudati e trasudati della pleura e del peritoneo. Ma sopratutto la calcioterapia appare indicata negli edemi angioneurotici e nelle multiformi localizzazioni e manifestazioni della malattia di Quinke. Si gioverebbero anche del calcio il vomito incoercibile delle gravide, l'epilessia essenziale con antecedenti spasmofilici o tetaniaci, alcuni processi distrofici da insufficienza paratiroidea. Anche per certe distrofie muscolari, massime la miotonica, subordinata da alcuni autori ad insufficienza paratiroidea, e per i soggetti

sofferenti di acrocianosi e acrodistrofie (geloni), di otosclerosi e di cataratta giovanile, affezioni legate verosimilmente ad anomalia del ricambio del calcio dei rispettivi tessuti, sarebbe consigliabile il tentativo della calcioterapia. Questa può applicarsi in due modi: o per via orale, ed è sempre preferibile, secondo l'A., usare il lattato nella dose di un cucchiaino da caffè mattina e sera in un mezzo bicchiere di acqua o di latte, alternando 15 giorni di cura con 15 di riposo, e per parecchi mesi; ovvero, nei casi più gravi e più ostinati, per via intravenosa con iniezioni a giorni alterni di 5-10 cm³ d'una soluzione di cloruro di calcio al 5 %, di facile preparazione e sterilizzazione. Sono state praticate fino a 20 iniezioni senza determinare altro disturbo che un senso di calore generale più o meno forte subito dopo l'iniezione, di breve durata.

PICCINELLI.

Il compito delle diastasi nella fisiologia e nella patologia.

(MARCEL LABBÉ. *Gazzetta degli Osp. e delle Cliniche*, n. 29, 1924).

L'A. nella sua prolusione al Corso di Patologia Generale nell'Università di Parigi ha largamente illustrato la grande importanza che alle diastasi spetta nella fisiologia e nella patologia.

Riassumeremo i concetti principali:

I fenomeni vitali sono in massima parte la risultante di processi chimici. Questi sono molto più intensi negli organismi inferiori (animali e vegetali) che non nell'uomo.

Infatti l'attività metabolica di certi fermenti è 10,000 volte maggiore di quella umana. La caratteristica principale delle diastasi è costituita da uno straordinario potere di trasformazione.

Esse sono presenti in tutti gli organismi e nell'uomo si può dire che ogni cellula ne contenga un certo numero; la loro funzione è quella di determinare o accelerare una reazione chimica. Ed ecco perchè le reazioni diastasiche sono state ravvicinate a quelle catalitiche.

Le diastasi non si distruggono, nè si riproducono, la loro azione è reversibile e, secondo Duclaux, posseggono una specie d'immortalità.

La ptialina, la pepsina, l'amilasi, la lipasi, l'invertina, l'eupsina, ecc., sono delle diastasi. L'azione di esse consiste nello scindere le sostanze alimentari in prodotti sempre più semplici in modo da renderle atte ad attraversare la parete intestinale e ad entrare in circolo, dove altre diastasi contenute nei leucociti e nei tessuti provvedono alla loro combustione od ai processi di sintesi che danno luogo alla produzione delle sostanze di riserva.

La trasformazione del glucosio in glicogeno e viceversa, quella del fibrinogeno in fibrina per opera della trombina, il disciogliersi della fibrina e delle albumine coagulate nei tessuti ed il loro successivo riassorbimento, i fenomeni di autolisi, ecc., sono tutti processi dovuti ad azioni diastasiche.

Le diastasi si dividono in diastasi di analisi o a funzione catabolica ed in diastasi di sintesi o a funzione anabolica.

Vi sono anche le diastasi dette *di difesa* le quali si formano quando, essendo stata introdotta nell'organismo una sostanza estranea (albuminoide o no), occorre provvedere alla sua digestione. Così l'iniezione di zucchero di canna nel sangue determina in esso la comparsa d'una sucrasi.

Su questi principi è basata la reazione di Abderhalden.

Importante è anche l'azione di difesa svolta dalle diastasi in occasione di malattie infettive che colpiscono l'organismo. Gli anticorpi non sono che delle diastasi.

Possiamo dire che vi sono tante diastasi per quante sono le creazioni chimiche che si svolgono nell'organismo. La loro azione è ravvicinabile a quella degli *ormoni* i quali però, piuttosto che una reazione chimica, determinano un processo fisiologico più complesso (es. adrenalina, secretina, ecc.).

Si può pensare però che la complessità di questa azione possa esser dovuta alla presenza di numerose diastasi contenute nel secreto di ciascuna ghiandola endocrina.

Per poterci spiegare l'indipendenza funzionale delle varie diastasi contenute in uno stesso organo o in una stessa cellula è d'uopo ricorrere alla teoria colloidale della costituzione della materia e pensare che i grani colloidali costituenti la cellula permettono la sua suddivisione in logge distinte. Ad ogni modo, in tutto questo, molto vi è ancora di oscuro!

L'*insulina* non si sa se debba esser classificata tra le diastasi o tra gli ormoni. Infatti non è ancora ben noto se essa abbia nel sangue una azione glicolitica (diastasica) o se stimoli la funzione glicogenica del fegato (azione ormonica). Anche le *vitamine* per la loro funzione si avvicinano per molti punti alle diastasi.

Trasportando questi concetti nel campo della patologia possiamo far rientrare nel numero delle malattie da insufficienze diastasiche tutte quelle dovute a deficiente secrezione gastrica, intestinale, biliare, ecc.

La gotta e le calcolosi possono avere origine dalla mancanza di alcune tra le diastasi necessarie alla trasformazione completa delle nucleo-

albumine, in quanto l'acido urico che si forma non viene ad assumere la forma chimica adatta alla sua eliminazione e viene ritenuto nell'organismo.

Anche il diabete rappresenta una malattia riferibile ad una insufficienza ormonica o diastasica. È noto infatti che la secrezione interna del pancreas agisce sul ricambio dei grassi, delle proteine e degli idrati di carbonio. Si può ammettere che questa azione si verifichi o per la presenza di tre diversi gruppi di diastasi contenuti nell'insulina o per la presenza di ormoni che agiscono indirettamente sul ricambio stimolando le funzioni epatiche.

La concezione esatta delle funzioni diastasiche può spiegarci l'essenza di molti stati morbosi quali l'obesità, le malattie del fegato, alcuni disturbi della nutrizione (cistinuria, alcaptonuria).

L'ereditarietà di alcune malattie si spiega con l'ammettere la trasmissione dell'incapacità per alcuni organismi a costruire delle diastasi speciali (gotta, diabete, malattie per carenza).

Le insufficienze diastasiche possono coesistere con o senza lesioni apprezzabili di determinati organi. E questo ha valore per la prognosi. La terapia diastasica si fonda, a seconda delle varie malattie, sulla somministrazione di pepsina, pancreatina (da non darsi mai associate, perchè l'una agisce in ambiente acido e l'altra in ambiente alcalino), malto, bile secca, tiroidina, insulina, ecc.

Finora gli estratti epatici non si sono dimostrati molto efficaci, ma è da augurarsi che in avvenire si possano isolatamente estrarre dal fegato le principali diastasi che esso contiene.

I concetti esposti sulla fisiologia e patologia delle diastasi ci obbligano a considerare molte sindromi sotto il punto di vista chimico-patologico e non anatomo-patologico, in quanto esse son dovute ad abolizione o alterazione di funzioni piuttosto che a lesioni anatomiche. Quindi, allo stato attuale delle nostre conoscenze, noi non possiamo adottare che una terapia di sostituzione.

ALFREDO PARLAVECCHIO.

La costituzione timica.

(H. SCHRIDDE. *Münchn. Med. Woch.*, n. 48, 1924).

Gli individui affetti da costituzione timica spesso soccombono in seguito a cause che per individui normali non sarebbero state mortali. Osservando su grande numero di infortunati quelli che sono morti in seguito all'azione di cause dannose di lieve entità, si trova che essi di solito presentano le caratteristiche della costituzione timica. Una delle cause dannose di cui è possibile misurare esattamente l'intensità è la corrente elettrica; gli individui che muoiono in seguito a scariche elettriche di 220 wolts, sono tutti affetti da costituzione timica. Le caratteristiche presentate da questi individui possono quindi venir considerate caratteristiche della costituzione timica.

Il carattere principale della costituzione timica è un timo grosso in cui è abnormemente sviluppata la sostanza midollare. Caratteri secondari della costituzione timica sono: l'iperplasia della milza e del tessuto linfatico, la lobatura embrionale dei reni, la forma fetale dell'appendice vermiforme, l'eccessivo sviluppo in lunghezza con collo molto corto, la scarsezza dei peli e la disposizione etero- ed intersessuale dei peli del pube.

Negli uomini affetti da costituzione timica il peso medio del timo è di 39 grammi mentre il peso medio normale sarebbe di 25 gr. Più caratteristico che il volume assoluto del timo è però l'abnorme sviluppo della sostanza midollare. Mentre in condizioni normali la sostanza midollare ha un'altezza eguale alla sostanza corticale, sulla superficie di sezione, in caso di costituzione timica essa supera notevolmente per ampiezza la sostanza corticale. I corpuscoli di Hassal sono particolarmente grandi, di solito essi presentano i segni della degenerazione grassa. La milza è di solito aumentata di volume, raggiungendo o superando spesso il doppio del volume dell'organo; i noduli linfatici sono numerosi ed iperplastici. Tutto il tessuto linfatico dell'organismo presenta una certa ipertrofia bene evidente nelle regioni della base della lingua e del tenue. I reni sono spesso aumentati di volume, essi presentano nella maggior parte dei casi una lobatura embrionale. Struttura embrionale presenta anche l'appendice vermiforme, sboccando essa come un imbuto nel cieco. Anche il cuore presenta delle alterazioni nella costituzione timica: il ventricolo sinistro è dilatato ed ipertrofico, l'endocardio del primo tratto dell'aorta è ispessito e di colorito biancogrigiastro. Caratteristico è il forte sviluppo del corpo in lunghezza e il collo corto e di solito molto largo. Gli arti sono notevolmente lunghi, specialmente quelli inferiori. La cute è molto delicata e pallida, molto povera in peli. I peli ascellari mancano spesso del tutto, i peli della barba sono assenti o scarsamente sviluppati. La disposizione dei peli del pube presenta un tipo femminile (etero sessuale) delimitandosi i peli con una linea a semiluna nei casi più spiccati; nella maggior parte dei casi invece la disposizione dei peli del pube è intermedia fra quella dell'uomo e quella della donna (disposizione intersessuale) e la linea di delimitazione è orizzontale. Il tessuto adiposo è spesso notevolmente sviluppato: in casi spiccati si osservano accumuli di grasso

come quelli caratteristici dei castrati. Anche la costituzione chimica del grasso è abnorme in casi di costituzione timica: il grasso non presenta un colorito giallo come normalmente, bensì un colorito biancastro. Negli individui morti improvvisamente ed affetti da costituzione timica spesso lo stomaco è fortemente riempito: il forte riempimento dello stomaco sembra essere particolarmente pericoloso per i timici forse per l'azione esercitata dallo stomaco pieno sul cuore. La costituzione timica è senza dubbio congenita.

Nel 5 % circa dei neonati a termine venuti a morte si trovano le note caratteristiche della costituzione timica; tale anomalia costituzionale è nel neonato più di tre volte più frequente nel sesso maschile che nel sesso femminile. La percentuale dei timici nati morti (4 ½ %) è notevolmente superiore alla percentuale dei timici nell'età successiva (1,7 %). La costituzione timica rappresenta dunque un notevole fattore di morte già nella primissima età. La costituzione timica essendo congenita rimane immutabile nella sua essenza. È però possibile determinare un certo grado di atrofia del timo a sostanza midollare iperplastica (come anche del timo normale) con la dieta. Il timo è infatti uno degli organi che più risentono degli stati di inanizione.

POLLITZER.

TERAPIA.

Iniezioni endovenose di violetto di genziana come cura delle flebiti.

W. SHALLEUBERGER. *Surg. Gynec. a. Obstetrics*, settembre 1924.

Churchman nel 1912 dimostrò che il violetto di genziana ha un'azione speciale sopra i germi grampositivi e che lo sviluppo dello stafilococco è impedito da una soluzione 1:1.000.000. Così pure il b. subtilis, meno il b. coli. Invece le cellule del sangue non sono affatto alterate da soluzioni all'1:50.000, e l'accrescimento di cellule umane « in vitro » non è ostacolato da soluzioni all'1:20.000.

Yonny nel decembre 1923 riportò nella riunione della Southern Surgical Association i notevoli risultati ottenuti nelle infezioni generali ed anche in quelle locali colle iniezioni di mercuriocromo e di violetto di genziana, il quale è indicato nelle infezioni da germi grampositivi.

I germi più comuni delle endoflebiti sono i cocchi piogeni: stafilo- e streptococchi; quindi sembra razionale l'uso del violetto di genziana in questi casi. I risultati finora ottenuti dall'autore in 5 casi promettono bene.

CASO I. — Flebite della coscia sinistra post-partum con febbre. Iniezione endovenosa di 30 cmc. di soluzione di violetto di genziana all'1 %. Non vi fu nessuna reazione e in 24 diminuì fortemente la febbre e scomparve il dolore. Due giorni più tardi, sebbene l'inferma non presentasse più nessun sintomo fu fatta un'altra iniezione per precauzione. Cinque giorni dopo l'inferma era del tutto guarita.

CASO II. — Flebite della safena interna sinistra alla coscia consecutiva a mastite suppurale incisa in puerpera (6 settimane dopo il parto). Dolore, gonfiore, febbre.

Iniezione intravenosa di soluz. di violetto di genziana all'1 %. La malata migliorò subito e dopo 2 giorni la febbre finì. (L'iniezione non dette alcuna reazione nè generale nè locale). L'ascesso non mostrò alcuna modificazione netta dopo la iniezione.

CASO III. — Flebite con trombosi della safena interna di sinistra consecutiva ad isterectomia. Febbre. Iniezione endovenosa di 30 cmc. di soluzione di violetto di genziana all'1 %. Dopo due giorni la febbre diminuì. Al terzo giorno fu fatta una seconda iniezione. Al quarto, febbre e dolori erano scomparsi. (Nelle prime ore dopo la prima iniezione vi fu un lieve aumento della temperatura).

CASO IV. — Flebite della coscia sinistra consecutiva ad appendicectomia. Iniezione endovenosa di 20 cmc. di soluzione di violetto di genziana al ½ %. Nelle prime ore ebbe sensazione di freddo ed aumento della febbre. Dopo 24 ore la temperatura era tornata al normale, i sintomi migliorati; al 7° giorno l'inferma era guarita.

CASO V. — Flebite della coscia sinistra consecutiva ad una cesarea. Iniezione endovenosa di 30 cmc. di soluzione di violetto di genziana al ½ % e dopo 4 giorni altra iniezione di 45 cmc. al 0.5 %. Dopo le prime iniezioni i sintomi migliorarono ma la febbre continuò. Dopo la seconda iniezione scomparvero tutti i sintomi e la temperatura tornò al normale.

L'autore ha usato queste iniezioni anche in altre infezioni: la soluzione all'1 % ha dato talvolta trombosi nel punto dell'iniezione. Perciò crede preferibile la soluzione al 0.5 %.

La soluzione si prepara sciogliendo il violetto di genziana in acqua distillata sterile ed è forse meglio filtrare poi la soluzione. Non vi è bisogno di sterilizzare la soluzione. La dose massima da iniettare è di 5 mm. per kg. di peso del paziente. Talvolta si osserva un certo nervosismo, debolezza, sudori: spesso appare un colorito bluastro della cute che però cessa in poco tempo. Il trattamento può essere ripetuto a 2 o 3 giorni d'intervallo.

L. DOMINICI.

Studio terapeutico sulla triparsamide.

(G. GUILLAIN e L. GIROT. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 8 luglio 1924).

Questo nuovo prodotto, preparato dal « The Rockefeller Institute for medical Resarch », è un derivato dell'arsenico pentavalente che chimica-

mente corrisponde al sale sodico dell'acido N fenilglicino-amido-p. arsenico. Contiene il 25,32 per cento di arsenico.

Terapeuticamente la triparsamide agirebbe in modo speciale nella tripanosomiasi, accessoriamente nella sifilide e nelle affezioni spirochetiche. Le sue indicazioni nella cura della sifilide, sopratutto del sistema nervoso (paralisi generale, sifilide meningo vascolare, talvolta tabe), pur non essendo un potente treponemicida, sarebbero date dalla sua speciale penetrabilità nel sistema nervoso e dalla sua azione stimolatrice dei processi naturali di difesa organica.

Gli AA. riferiscono le loro osservazioni su 3 casi di paralisi generale, 1 di sifilide cerebro-meningea e 1 di sclerosi a placche. Le modalità della cura furono le seguenti: Nei sifilitici, seguendo i precedenti ricercatori americani, al trattamento arsenicale venne associato quello mercuriale con iniezioni di salicilato. Per un periodo di 2 mesi si praticarono iniezioni mercuriali settimanali da gr. 0,05 ciascuna seguite, a distanza di 3 giorni, dalla somministrazione per via endovenosa di 3 gr. di triparsamide.

Nell'i. di sifilide cerebro-meningea tale tappa curativa venne ripetuta dopo 1 mese. Nel caso di sclerosi a placche fu praticata unicamente la cura arsenicale iniettando per via endomuscolare, settimanalmente 3 gr. del prodotto. Le soluzioni vennero allestite sciogliendo 3 gr. di triparsamide in 10 cc. di acqua distillata.

In nessun caso ebbe a verificarsi incidente alcuno. Soltanto in due infermi, l'uno di sifilide cerebro-meningea, l'altro di paralisi generale, comparve durante la cura un'eccitazione passeggera accompagnata da allucinazioni visive: disturbi verosimilmente riferibili al trattamento.

Gli effetti clinici furono manifesti nel caso di sifilide cerebro-meningea. Il miglioramento consistè nella scomparsa delle crisi comiziali e nel dissiparsi di un grave stato di obnubilazione psichica. Per contro gli effetti furono pressochè nulli nei paralitici e nel caso di sclerosi a placche. In quest' ultimo lievi cambiamenti subì nel l. c. r. la reazione del benzoino colloidale. Mancò per altro qualsiasi azione dannosa.

Quanto ai risultati sierologici e umorali, questi, sebbene apprezzabili, furono nell'insieme di poca importanza. Nel l. c. r. dei sifilitici si consultò una sensibile diminuzione dell'albumina e della linfocitosi: la r. W. non subì invece modificazione alcuna sia nel liquor che nel sangue, salvo lieve attenuazione in un caso. La reazione del benzoino colloidale in due casi divenne meno accentuata.

Concludendo gli AA. ritengono i risultati ottenuti colla triparsamide nella paralisi generale e nella neurosifilide in genere identici press'a poco a quelli ottenibili colle cure mercuriali o neosalvarsaniche.

Giova notare inoltre che nei casi trattati, avendo alla cura arsenicale associata l'idrargirica, difficile diviene poter discernere quanta parte negli effetti terapeutici debbasi attribuire a ciascuno dei medicamenti. Fra questi, quanto alla triparsamide, non sembra ad ogni modo che essa possieda facoltà di penetrazione nel nevrasse superiore a quella del neosalvarsan e tale da realizzare un progresso definitivo nella cura della neurosifilide. Purtuttavia gli autori esprimono il voto che le ricerche non abbiano ad arrestarsi poichè è desiderabile che ulteriori lavori in questo campo possano condurre alla scoperta di un agente terapeutico attivo che, senza ledere le cellude nervose, possieda un potere di penetrazione nel nevrasse superiore a quello dei mezzi trèponemicidi finora conosciuti.

M. AGOSTINI.

La cura con la novocaina delle atrofie muscolari post-traumatiche.

(MANDL. *Arch. f. klin. Chir.*, vol. 129, f. 12).

La constatazione del fatto che nelle lesioni ed in special modo nelle fratture, una restituzione *ad integrum* perfetta non è sinonimo di ripristino funzionale completo, ha provocato una reazione salutare contro coloro che si adoperavano al raggiungimento di una guarigione anatomica in favore di altri che sostenevano doversi preferire invece un migliore risultato nei riguardi della funzione.

Purtroppo non è possibile riunire i vantaggi della terapia funzionale, atta ad opporsi alle rigidità articolari, alle atrofie muscolari, talora sproporzionati al trauma, con il riposo assoluto indispensabile per un completo saldamento dei due monconi ossei. Uno dei principali elementi determinanti la diminuzione della capacità lavorativa è rappresentata dall'atrofia muscolare. Le si conferisce ancora troppo scarso valore. Eppure è proprio a questo fattore cui vanno ascritti la massima parte dei disturbi permanenti consecutivi a traumi.

Bisogna distinguere nella massa muscolare dell'estremità corrispondente i gruppi di muscoli da sforzo, e quelli di resistenza, i primi fornendo nell'unità di tempo un lavoro considerevole, i secondi capaci di esaurire lo stesso lavoro solo in un tempo assai maggiore: gli uni soggiacciono ad una atrofia da immobilizzazione assai più rapida degli altri (atrofia considerevole, rapida, della muscolatura della regione anteriore della coscia nelle goniti sierose dei giocatori di calcio).

Importanza non indifferente ha pure specialmente la durata della fissazione dell'arto, poichè la muscolatura soggiace all'atrofia più presto in un apparecchio gessato che lasciato in posizione di semiflessione senza fissazione.

La atrofia si stabilisce più lentamente nei vecchi, ma una volta stabilitasi è irreparabile. L'atrofia dipende anche da altri fattori, alcuni dei quali non perfettamente valutabili; quali il tono e il dolore; essa è inversamente proporzionata al primo, direttamente al secondo elemento.

La terapia dell'atrofia muscolare come la sua profilassi fin oggi seguìta consisteva sopratutto nell'inizio precoce dei movimenti. (Lucas-Championnière: *Movimenti passivi eseguiti nell'apparecchio*).

Ma tutte le varie modalità con cui tale intento viene raggiunto durante l'immobilizzazione, non forniscono che risultati men che mediocri poichè a questa ginnastica vi è un limite imposto dal dolore.

V'è dunque, un rapporto diremo così, diretto tra atrofia e dolore.

Partendo da tale postulato, l'A. ha cercato di risolvere il problema della lotta contro l'atrofia, eliminando sia pur parzialmente e temporaneamente il dolore.

Questi tentativi si riannodano alla constatazione che dopo il taglio delle radici posteriori o nella contemporanea lesione del plesso, viene a mancare quella atrofia che in lesioni simili, ma con sensibilità inalterata si stabiliscono. Si viene ad interrompere in altri termini l'arco riflesso e ad impedire che lo stimolo si porti, attraverso le radici posteriori, sulle cellule delle corna anteriori, centri trofici muscolari.

Questa ipotesi viene sostenuta da alcuni esperimenti dell'A. nei quali si provocava nelle rane la frattura del femore, e si iniettava al disopra del focolaio traumatico per 4 giorni, 2, 5 cmc. di novocaina al 0,5 %.

Dopo 10 giorni di immobilizzazione era evidente la differenza con gli animali di controllo; i gastrocnemi degli animali trattati con la novocaina erano quasi immuni da quella atrofia muscolare, spiccatissima negli altri. Tale procedimento poteva essere trasportato sull'uomo, poichè l'esperienza di Conway, Reclus, Lerda avevano dimostrato efficace l'anestesia per la riduzione di fratture o di lussazioni. Difatti in vari casi di frattura del femore e delle ossa della gamba furono iniettate, al disopra del focolaio traumatico, nelle masse muscolari 20-30 cmc. di novocaina 0,5 % senza l'aggiunta di adrenalina ed evitando naturalmente le lesioni dei grossi vasi. Il metodo esperimentato in 70 casi ha dato risultati brillanti. Tuttavia esistono delle controindicazioni, le quali sono date da lesioni di continuo della cute, dalle fratture comminutive, in cui il gioco muscolare potrebbe aumentare la dislocazione dei frammenti.

È possibile dare una spiegazione soddisfacente delle ragioni e del meccanismo per il quale la novocaina si opporrebbe allo stabilirsi della atrofia muscolare?

È noto come la novocaina diminuisca o addirittura abolisca il tono muscolare, quello stato cioè di tensione del muscolo, involontaria dipendente dal sistema nervoso. Questo tono viene definito da Spiegel come una condizione statica in opposizione ad un antagonista cinetica. Allora, si può supporre che abolendo lo stato di innervazione statica si riesca a superare il blocco muscolare e a rimettere in marcia l'innervazione cinetica, permettendo così quei movimenti che sono atti ad impedire l'atrofia muscolare. Ma la novocaina può agire anche per via riflessa con altri meccanismi non ancora ben conosciuti e tuttora allo stato di pura ipotesi.

Quali sono i rapporti tra atrofia muscolare e tono? Di tutte le teorie sull'atrofia muscolare:

1) la teoria riflessa di Vulpian e Charcot;

2) la teoria infiammatoria di Strümpell;

3) la teoria da inattività;

4) la teoria dello stiramento (Roux);

5) la teoria riflessa di Brown Séquard da irritazione riflessa dei nervi vaso-motori, nessuna è sufficiente a spiegar bene le cause della atrofia. Del resto un eccessivo schematismo per quanto vasto e complesso non soddisfa. Solo da poco Meyer e i suoi collaboratori hanno istituito una nuova teoria, nella quale sono riassunte varie delle precedenti ipotesi. Egli si fonda su due fenomeni i quali sono in contrasto con quello che finora si ammetteva, che cioè: 1) i muscoli del coniglio non sottoposti a trazione soggiacciono ad atrofia prima di quelli che non lo siano: anzi un muscolo teso discretamente può addirittura ipertrofizzare; 2) dopo la sezione delle radici posteriori non si stabilisce alcuna atrofia, neanche quando l'immobilità perdura per mesi. Questi fenomeni si lasciano riassumere brevemente così: assenza del tono, mancanza dell'atrofia. Quindi un muscolo rilasciato completamente in preda al suo tono cadrà in rapida atrofia mentre un altro costretto in una posizione atta ad evitare quello stato, resisterà assai meglio. È facile ammettere come l'atrofia consecutiva a flogosi articolare debba la sua origine alla presenza di sostanze tossiche capace di aumentare il tono. Per le altre varietà di atrofia occorrono ulteriori studi: comunque rimane dimostrato il sillogismo: la novocaina abolisce il tono, il tono è la causa

dell'atrofia, dunque la novocaina impedisce l'atrofia.

Rimane ancora da esigere la sanzione di una vasta esperienza e la ricerca di un anestetico ad azione prolungata.

E. MINGAZZINI.

Le inalazioni di ossigeno puro in chirurgia.

(PANIS. *Revue de Ch.*, 1924, n. 4).

Dopo traumi od atti operativi gravi possono comparire dei sintomi, in special modo la dispnea e la cianosi, ai quali spesso se ne associano altri nervosi: raffreddamento delle estremità, sudori freddi profusi, pallore cereo, fissità dello sguardo, midriasi, diminuzione dei riflessi, agitazione o torpore, che sono di prognosi molto grave.

Essi trovano la loro causa nella gravità dell'atto operativo, nell'emorragia e nell'anestesia, facendo astrazione dai casi di schock.

Specialmente la dispnea, la cianosi e il raffreddamento fanno pensare a fatti di asfissia cellulare, ai quali non riescono a provvedere i comuni mezzi terapeutici. L'A. ha pensato possa trattarsi di un abbassamento della capacità respiratoria del sangue, al disotto di un tasso compatibile con la vita. Gli è sembrato perciò che l'inalazione di O puro potesse rialzare bruscamente questa capacità respiratoria permettendo di provvedere a un danno immediato e dando agli altri mezzi terapeutici ad azione più lenta il tempo di agire.

Nicloux aveva già mostrato che la respirazione di O puro aumenta notevolmente la quantità di O sciolto fisicamente e la fa passare da O a 2-5 cmc. circa e aumenta inoltre la capacità respiratoria del sangue, cioè il numero dei cmc. di O che possono venir fissati da 100 cc. di sangue. Questo aumento può essere di circa 2 unità che possono bastare, quando questo valore sia sceso a 7-8, a rendere ancora possibile la vita.

Quanto alla tecnica è assolutamente necessario adoperare una maschera che separi il gas dell'inspirazione da quello dell'espirazione e permetta l'introduzione dell'O puro fino in fondo all'alveolo polmonare. L'A. ha adoperato la maschera di Legendre e Nicloux. La quantità di O da far respirare è di circa 600 l. all'ora. In pratica dopo una inalazione continua di circa 1 h. si può considerare che l'inalazione non sia più utile, ma dovrà essere ripresa quando i sintomi ricompaiano.

L'A. riporta alcuni casi clinici a dimostrazione dell'utilità che si può trarre dal metodo.

G. MATRONOLA.

Tentativi di vaccinoterapia locale.

(DELBET, MOCQUET e MORNARD. *Revue de Chir*, 1924, numero 5).

Delbet partendo dalla verità sostenuta dal Police, che le guarigioni delle affezioni piogene son dovute a vaccinazione, in base ad osservazioni cliniche e di laboratorio insieme col Fiessinger dimostrò che in tali casi si tratta di una vaccinazione generale con anticorpi circolanti solo in fatto di batteriemie se no d'una vaccinazione soltanto locale.

Perciò mentre un foruncolo, una placca erisipelatosa, una ferita infetta guarisce una localizzazione dello stesso male sullo stesso individuo può insorgere od aggravare.

In base a questi studi preparò un brodo-vaccino e tentò nel 1913 la cura di due ascessi perirenali mediante lavaggio, con esito letale per l'eccessiva dose e la cura di ustioni di 1° grado mediante impacchi, con vantaggio circa il dolore e la guarigione.

Durante la guerra mise in confronto, simultaneamente, su due punti di una medesima ferita infetta o successivamente, sulla stessa ferita, la sieroterapia con la vaccinoterapia locale con risultati ugualmente negativi nei casi gravi.

Ora ha fatto riprendere questi studi al Mocquot e al Mornard mediante il vaccino misto (Propidon) usato per impacchi, per iniezioni in cavità, e sotto forma di pomata di lanolina al 12 %.

Ed eccone complessivamente i risultati.

Circa i foruncoli la pomata al propidon si è mostrata meno attiva dell'iniezione, tuttavia costituisce la migliore medicatura locale.

La stessa efficacia è stata osservata su 6 casi d'*antrace*, in cui la vaccinazione generale per iniezione intramuscolare, come gli AA. usano da 10 anni, ha dato effetti di gran lunga superiori all'uso della pomata, che tuttavia costituisce la miglior cura locale.

In fatto di osteiti con esito in fistole in due casi sono state praticate a giorni alterni iniezioni di 4 cc. di propidon, ottenendo chiusura rapida della fistola; però in uno dove esisteva osso necrotico si riaprì la fistola fino a quando non fu tolta la necrosi.

Onde la cura locale in questi casi è utile quando non esiste osso morto.

Nell'osteomielite degli adolescenti la vaccinazione generale al propidon ha dato guarigione quando la lesione ossea non era considerevole.

In due casi di artrite suppurata il primo in uno stato acuto e il secondo già fistolizzato, l'iniezione locale endoarticolare o nel seno fistoloso di vaccino diede buoni effetti, che furono completati nel primo da vaccinazione generale, nel secondo da intervento per asportazione di

osso necrotico; poichè in questo caso come nel precedente occorre asportare i pezzi necrotici.

Nelle ustioni la pomata dà i suoi migliori risultati in quanto fa cessare immediatamente i dolori ed evita la formazione di cicatrici retraenti, anche nelle lesioni di terzo grado.

Gli effetti analgesici non sono dovuti soltanto alla lanolina, poichè si ottengono anche con gli impacchi di semplice propidon.

Nelle escare da decubito dà ugualmente ottimi risultati circa l'eliminazione del dolore e la guarigione dell'ulcera susseguente.

Sulle radiodermiti la pomata non ha mostrato nessun effetto.

Circa le metriti il Delbet usa il raschiamento solo nelle ritenzioni placentari, in tutti gli altri casi suole ricorrere alle iniezioni al cloruro di zinco che danno ottimi effetti nell'endometrite emorragica e scarsi invece nella leuco-purulenta.

In questa ultima forma il Mocquot e il Mornard, suoi discepoli, hanno tentato la cura con istillazioni endouterine di propidon, ed hanno ottenuto risultati incostanti e poco radicali, cioè, sempre inferiori a quelli che si possono ottenere con la vaccinoterapia generale.

Il Delbet pensa che questi effetti incerti e insufficienti si debbano alla poca permanenza del vaccino nella cavità uterina e perciò sperimenterà in avvenire cilindri al propidon endouterini e ovoli vaginali; ma attualmente i risultati non sono molto felici.

In conclusione la vaccinoterapia locale non è preferibile alla generale e conviene associarla a questa.

Da sola, sottoforma di pomata, è molto utile nelle ustioni e nelle escare e può essere vantaggiosa in qualche foruncolo isolato; in tutti gli altri casi conviene fin'ora associarla alla vaccinoterapia generale.

S. GUSSIO.

La diatermia nella epididimite gonococcica.

(BUDD C. CORBUS e VINCENT J. O'CONOR. Chicago, *Journal of Urology*, vol. XII, n. 2, agosto 1924).

L'epididimite gonococcica ricorre nel 20-30 % di tutti i casi di gonorrea. Il trattamento classico di questa affezione: sospensorio, riposo a letto, applicazione locale di caldo o freddo immobilizza il paziente dai 5 ai 14 giorni, senza contare i casi nei quali si rende necessaria la epididitomia. Quindi tutti i metodi che mirano a far abortire l'attacco segnano un grande progresso nella cura di questa malattia.

Sapendo che il gonococco è istantaneamente distrutto ad una temperatura di 108 gradi Fareneith pari a 42 centigradi, ne deriva che con uno strumento adatto capace di produrre un pari calore sull'epididimo sarebbe possibile distruggere il gonococco nella sua locale invasione, far cessare il dolore e fare abortire l'attacco. Già da alcuni anni la diatermia è stata applicata nel trattamento del cancro ed in quello della endocervicite gonococcica; si pensò quindi di rivolgersi a tale mezzo per il trattamento della epididimite gonococcica.

Lo strumento adoperato dagli AA. consiste in una pinza di fibra con due braccia curve una delle quali è mobile. All'estremità libera di esso sono attaccati due dischi concavi articolati onde facilitarne l'adattamento e connessi ciascuno con un elettrode. Il paziente vien posto supino; uno strato di schiuma di sapone si pone sulla pelle nel punto di contatto degli elettrodi. L'intero corpo del testicolo ed epididimo è incapsulato tra le superfici dei dischi e riscaldato dalla corrente d'Arsonval. Per ottenere il massimo effetto si raggiunge una temperatura appena sopportabile, dopo di che la si diminuisce leggermente; la durata dell'applicazione deve essere di almeno 40 minuti fino a raggiungere una temperatura di 40-41 centigradi.

Nei casi giunti all'osservazione nelle prime 12-24 ore dall'inizio dell'attacco fu sufficiente una sola seduta ad iniziare la risoluzione; quando la reazione infiammatoria risale ad un certo numero di giorni si rendono necessari 3-4 trattamenti. In quei casi nei quali alla epididimite residuò una grave funicolite, questa viene eliminata con un trattamento fatto ponendo l'istrumento verticale con un elettrode sul blobus minor e l'altro sulla regione dell'orificio interno del canale inguinale. Con tale disposizione si ottiene un'induzione di calore attraverso la porzione accessibile del deferente.

Gli AA. riportano quindi tre dei molti casi trattati con successo e concludono dicendo potersi considerare la diatermia come uno specifico per la cura della epididimite gonococcica.

F. VICENTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

L. MOHR e R. STAEHELIN. *Trattato di medicina interna.* Vol. VI, in-8° di 792 pag., con fig. Società ed. libraria, Milano, 1924, Prezzo L. 90.

Con questo volume si porta finalmente a compimento la traduzione italiana del noto trattato. In esso sono svolti argomenti nuovi per opere di simil fatta, poichè esso si occupa dei rapporti della medicina interna con le altre branche, cioè di quelle zone di confine, che sono di sommo interesse per il pratico, ma che raramente trovano adeguato svolgimento.

La prima parte, in cui hanno collaborato Kotzenberger, Möller e Kautz, tratta degli interventi chirurgici nelle malattie interne e della röntgenterapia delle malattie interne, con tutte le questioni connesse con tali argomenti. Vengono poi considerati i rapporti delle malattie interne con gli organi sessuali femminili, con l'occhio e con l'orecchio, in un'ampia trattazione che sviscera il problema sotto tutti i punti di vista, dando così una visione completa degli argomenti.

Segue quindi un vasto capitolo di oltre 250 pagine, sugli avvelenamenti, in cui si considerano tutti i veleni inorganici, farmaceutici, industriali, gli alcaloidi, le sostanze di provenienza animale e tutto l'interessante problema degli avvelenamenti di natura batterica.

fil.

BRUGSCH TH. *Ergebnisse der gesamten Medizin.* Bd. 5 (1-2). Berlin-Wien, Urban e Schwarzenberg, 1923. Fr. svizz. 5,65.

Argomenti vari, ma tutti interessanti sono raccolti in questi due fascicoli del V volume dell'opera del Brugsch. Ogni capitolo rispecchia quanto già si è potuto notare ed appurare nelle parti già pubblicate; brevità di trattazione il più possibile completa in base ai risultati delle ultime indagini ed osservazioni. Ogni argomento è stato trattato da chi più erasi dedicato a quella parte della medicina ad esso concernente sì che lo svolgimento ne è risultato particolarmente completo e non privo dell'influenza di una sapiente critica.

Capitoli particolarmente interessanti sono: il trattamento delle malattie della circolazione con i bagni di acido carbonico (Groedel); significato nosologico del catarro apicale (Hofbauer); mastite (Schmidt O.); Röntgenterapia del morbo di Basedow (Schwarz); i narcotici (Bürgi); insufficienza pluringlandolare (Borchanott); stato attuale della gastroscopia (Elsner);. Sulla ipertensione (Fahrenkamp); immunologia e metodi relativi, nella diagnosi, profilassi, e terapia delle infezioni nei bambini (Degkwitz); ittero dei neonati (Ylppö); nevralgia del trigemino e suo trattamento (Kulenkampff).

Il concetto che regola la trattazione di singoli argomenti, l'autorità degli autori ai quali ogni capitolo è affidato, rendono questi nuovi fascicoli interessanti ed utili al medico ed allo studioso, continuando lo sviluppo di quel piano che il Burgsch si è prefisso e che trova in ogni pubblicazione sempre nuovo favore. E. T.

G. HONIGMANN. *Das Wesen der Heilkunde.* F. Meiner, Leipzig, 1924. L. 43.

Libro d'introduzione allo studio della medicina, i di cui principali problemi anatomici, patogenetici, diagnostici e terapeutici vengono studiati in maniera compendiosa dal punto di vista storico ed etico.

Attraverso ad una lettura semplice e dilettevole il lettore trascorre le varie tappe dell'arte salutare, da quella intuitiva dei più remoti progenitori a quella rigorosamente scientifica dei nostri giorni; e senza eccessivo affaticamento mentale trova esposti e discussi i multiformi problemi filosofici e spirituali che alla medicina si riannodano.

Un capitolo dedicato alle varie questioni d'indole professionale, nei riguardi della personalità del medico e dei suoi rapporti colla vita sociale, chiude l'interessante volume, consigliabile ai giovani che intendono intraprendere la lunga via della medicina, ed a tutti coloro che amano arricchire la propria coltura. M. FABERI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 18 luglio 1924.

Ricerche sulla sintesi ippurica nell'organismo umano. — III. Sul comportamento della diuresi dopo somministrazione di benzoato di soda.

G. BIGNAMI. — Espone dati riguardanti il comportamento della diuresi in nove soggetti praticamente sani, ai quali vennero somministrate quantità di acido benzoico, sotto forma di benzoato sodico, oscillanti fra gr. 10 e gr. 50.

Ha potuto constatare che dosi ripetute giornaliere di gr. 20 di benzoato in gr. 300 di acqua vengono tollerate senza alcun disturbo; e che segni di intolleranza abitualmente compaiono solo con dosi superiori ai 25 gr., soprattutto se consumate nello spazio di poche ore.

Afferma quindi che all'ingestione di acido benzoico segue costantemente aumento della diuresi; questo è proporzionale al quantitativo del sale sodico ingerito e può giungere fino a cc. 3000 sopra la eliminazione media normale.

Esso inoltre insorge rapidamente, di solito nelle

prime sei ore dopo la ingestione dell'acido benzoico, ed è accompagnato da proporzionale riduzione nel peso del corpo.

Esperienze compiute su due pleuritici con versamento, hanno dato risultati promettenti.

Restano a studiarsi, in vista di pratiche applicazioni, le cause di tale comportamento della diuresi, all'indagine delle quali l'O. si propone di giungere con ricerche refrattometriche sul siero, e con determinazioni dei cloruri sulle urine.

La determinazione quantitativa dell'emoglobina mediante il metodo gasometrico (Van Slyke).

E. GREPPI. — L'O. descrive il metodo che il van Slyke ha proposto per la determinazione dell'emoglobina mediante l'apparecchio ideato dal v. Slyke stesso per lo studio dei gas del sangue: si viene a conoscere la quantità di ossigeno (in cmc.) assunta da un dato volume di sangue saturato all'aria, e da questo valore si ricava la quantità in peso di emoglobina in base al rapporto esatto e costante che lega fra loro i due corpi. L'O. nelle sue prime applicazioni del metodo ha potuto confermare le cifre date dagli Americani come medie fisiologiche: risultano notevoli differenze individuali, anche in condizioni che si giudicano normali. Il metodo, certo. non conveniente per uso clinico; segna invece un reale progresso per gli studi sulla fisiopatologia della crasi sanguigna inquantochè fornisce valori assoluti di pigmento (in peso).

Ascesso subfrenico di origine gastrica.

ARNALDO PREDIER. — Comunica un caso interessante per la sede centrale sotto la cupola diaframmatica, per il reperto diagnostico esatto dato dalla radiografia, e per la particolarità dell'intervento operativo eseguito dal prof. Giovanni Morone, allora Direttore dell'Istituto di Patologia Chirurgica della R. Università di Pavia. Il chirurgo, abbandonando i metodi comuni di scelta, aggredisce la raccolta con incisione posteriore trasversale a livello della XI costa a sinistra, fra l'ascellare anteriore e la scapolare media asportando la XII e l'XI costa. sollevando lo sfondato pleurico in alto, attraverso il cellulare perirenale. La guarigione ottenuta ottima sotto ogni aspetto, rese inutile ogni ulteriore atto operativo (gastroenterostomia ecc.).

PIERA LOCATELLI comunica diverse *ricerche sperimentali sul sistema nervoso*, nonchè *sulla rigenerazione del tessuto muscolare striato.*

MALCOVATI comunica i risultati di ricerche sul *comportamento della riserva alcalina*, eseguite col metodo di van Slyke, *nei diabetici curati con l'insulina*. Conclude che l'insulina ha azione più pronta e spiccata sull'acidosi che sulla glicemia e sulla glicosuria, riconducendo al livello normale il bilancio fra le sostanze chetogene ed antichetogene che entrano in metabolismo.

Modificazioni degli elementi interstiziali del testicolo negli animali ad attività sessuale periodica.

PELLEGRINI G. — L' O. ha studiato con metodi micocondriali e microchimici il comportamento istologico del testicolo durante lo spazio di un anno nel Vespertilio murinus, nell' Erinacous europeus, nella Talpa europea, nel Passer domesticus, nella Lacerta muralis, nella Testudo orbicularis. In tutte queste specie ha osservato durante il periodo di attività sessuale ipertrofia degli elementi interstiziali e aumento in essi di secreto (lipoidi); in qualche specie ha osservato anche aumento numerico degli elementi interstiziali; in altri termini in queste specie la funzione del tessuto interstiziale aumenta durante il periodo di attività sessuale.

F. RICCI.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 28 settembre 1924.

Presidenza: Prof. A. TESTI.

Focolai di amebiasi nel Cesenate.

MONDOLFO E. (Cesena). L'O. riferisce intorno ad alcuni casi di dissenteria amebica, verificatisi in Cesena e nelle circostanti borgate.

La diagnosi fu accertata in Ospedale mediante il reperto dell'Entamoeba dysenteriae nelle feci, mentre la sierodiagnosi risultò negativa per i bacilli dissenterici.

Nessuna relazione si potè dimostrare fra questi infermi ed i militari reduci dalla Libia, nè comunque alcun rapporto con individui provenienti dai tropici.

L'O. ritiene probabile che anche in Romagna, come già sembra dimostrato per altre regioni d'Italia, esistano veri e proprî focolai autoctoni di amebiasi.

Sclerodermia simulante la lebbra.

ARTUSI G. (Cesena). — L'O. presenta e illustra un caso di sclerodermia generalizzata con sclerodattilia che, per un caratteristico eritema maculoso, pei particolari disturbi soggettivi, per le turbe della sensibilità, per le paresi, e, specialmente, per le gravi lesioni trofiche di natura necrotica e le mutilazioni di alcune falangi, simula perfettamente la lebbra trofoneuritica.

CHIADINI M. (Forlì). — L'O. ricorda che nel 1907 pubblicò una memoria sulla sclerodattilia corredata da radiografie. Studiando la patogenesi della sclerodermia, in tesi generale l'O. dimostrò che parecchie e diverse potevano essere le cause della inesorabile malattia, frequente la tubercolosi ereditaria, pregressa o in atto. Nel caso da lui illustrato evidentemente si trattava di tubercolosi pregressa che aveva cagionato in secondo tempo la sindrome sclerodermica parziale.

Comparsa e diffusione della febbre maltese in Romagna.

GIUGNI F. (Lugo). L'O. fa noto all'assemblea che mentre in Romagna pur eccezionalmente e con casi sporadici, si era notata la presenza di tale infezione, ora, dal principio dell'anno, si sono verificati una trentina di casi nel solo circondario di Lugo.

Si sono constatati dei veri nuclei epidemici della infezione, come quello verificatosi in due famiglie dove si ebbero ben 14 casi di malattia. Come portatori e propagatori dell'infezione appaiono i pastori con le loro greggi vaganti. Dopo aver descritto alcune particolarità sull'andamento clinico dei malati, l'O. discute le probabili vie di trasmissione, non ritenendo che il latte o il formaggio possano essere le vie di propagazione.

MONDOLFO E. (Cesena). — Conferma le vedute del prof. Giugni circa la diffusione della febbre maltese in Romagna, e riferisce intorno a due casi verificatisi nel Cesenate, in uno dei quali potè isolare dal sangue il micrococco di Bruce.

CHIADINI M. (Forlì). — L'O. ricorda che fino al 1915 non furono osservati in Romagna casi di questa malattia, o almeno non furono studiati e pubblicati. Le prime constatazioni furono fatte dal dott. Primo Cortesi e dal prof. Stefanelli nella borgata di Coccolia (Ravenna), e da lui in Forlì città. Successivamente vennero a distanza di un decennio quelle citate come prime dal disserente.

Un caso di rottura spontanea della milza.

CAPECCHI E. (Cesenatico). — L'O. presenta un caso di una donna di 27 anni in istato di gravidanza al 3°-4° mese, la quale improvvisamente viene colta da sintomi di grave choc peritoneale per emoperitoneo simulante chiaramente una rottura tubarica per gravidanza extrauterina. All'intervento operatorio d'urgenza la cavità peritoneale si presenta inondata di sangue in quantità di oltre due litri; l'utero fisiologicamente gravido al 3°-4° mese e le tube perfettamente integre. Prolungato il taglio laparatomico fino all'apofisi ensiforme, nel versante sinistro dell'addome appare la milza, leggermente aumentata di volume e sanguinante per una profonda rottura. Splenectomia.

L'operata guarisce per primam ed esce dall'Ospedale guarita dopo circa un mese.

L'O. presenta la milza asportata e fratturata e la paziente che appare completamente guarita ed in istato normale di gravidanza.

Non essendoci stato trauma per accurate indagini fatte, l'O., in base all'esame istologico della milza e ricerche complementari nella P., pur riservandosi ulteriori e più precise ricerche, crede ammissibile l'ipotesi che si tratti di un tumore acuto, in via di avanzata regressione, della milza fratturatasi verosimilmente in seguito ad un trauma anche minimo, per esempio un movimento brusco od una flessione esagerata che la P. avrebbe fatto mentre era intenta a vestire i suoi bambini.

La rachianestesia colla tropococaina.

MARCHINI F. (Forlì). — Presenta una statistica di 1095 rachianestesie colla tropococaina, eseguite nella Sezione Chirurgica del Prof. Solieri, senza aver registrato alcun accidente grave, nè casi di morte. Conclude dicendo che la rachianestesia alla tropococaina, per la sua efficacia, per la sua semplicità e per le limitate controindicazioni, quando si osservino le dovute norme e cautele, può essere largamente usata in tutta la chirurgia sotto-ombellicale.

Sopra un caso di tumore misto del pavimento orale.

CONTI L. (Forlì). — Descrive un caso di fibroadenoma del palato in una ragazza di 19 anni. La diagnosi è dedotta dall'esame istologico. Accenna alla letteratura in proposito, all'eziologia ed all'istogenesi di questi tumori. Mostra i preparati microscopici eseguiti.

Le vie di accesso alla sella turcica.

ANGELI A. (Imola). — In base alle statistiche operatorie l'A. riconosce che i metodi intracranici estradurali hanno finora dato i migliori risultati e crede che per questa via si possa trovare un metodo ideale di ipofisiectomia che risponda ai requisiti della massima semplicità di tecnica e della asepsi assoluta.

Espone un metodo personale ispirato a questi concetti.

Avvelenamento mortale per solfato di rame.

CHIADINI M. (Forlì). — Il solfato di rame raramente cagiona la morte di chi lo assume per via orale in soluzione più o meno concentrata a scopo suicida, perchè come emetico viene immediatamente vomitato.

Màrtiri nella sua monografia del 1915 sugli avvelenamenti cita soltanto tre casi mortali: nella letteratura posteriore non ho trovato più nessuna comunicazione in proposito. Ed è perciò che essendo l'evento rarissimo l'ho creduto istruttivo.

R. S. di anni 36, contadina.

La sera del 31 agosto ingerì due bicchieri di soluzione di solfato di rame a titolo imprecisato, ma piuttosto alto da quanto si può desumere dalle notizie dei parenti. Ebbe vomito immediato. Il giorno successivo per tempissimo fui richiesto d'urgenza, e trovai la suicida in condizioni gravissime per vomito verdastro mucoso continuo, dolori addominali, diarrea sanguinolente, polso frequente e piccolo, sudorazione fredda, deliqui, anuria, ipotermia.

Il secondo giorno emise 100 gr. di urina brunastra, torbida, alcalina, con 1040 di densità; enorme quantità di albume, emoglobina, pigmenti biliari, eritrociti, cellule renali e cilindri granulosi.

Il terzo giorno la quantità di urina fu anche minore e osservai la rapida comparsa di un colorito intensamente itterico delle sclerotiche e subitterico della pelle.

Il quarto giorno anuria completa e itterizia accentuata; morte in coma.

Gli organi addominali nei quattro giorni della mia osservazione non presentarono all'esame sistematico obbiettivo nulla di anormale, come pure i toracici.

Nonostante il vomito precoce, una certa quantità di veleno venne certamente assorbita per le vie digerenti, e indusse la dissoluzione del sangue e la grave lesione del rene, per cui la paziente venne a morte per nefrite acutissima ed ittero emolitico.

Dott. PAOLO GALLI, *segretario* (Faenza).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Sifilide ed angina pectoris da sforzo.

L. Gallavardin (*La Presse médicale*, n. 57, 1924) ha pazientemente raccolto le sue numerose osservazioni personali di molti anni su 450 casi di angina pectoris, al fine di portare un contributo sulla importanza della sifilide nella etiologia di questa malattia.

Già da parecchio tempo una corrente si è designata per farne una manifestazione nettamente luetica: gran parte dei cardiologi non sono però favorevoli all'adozione di una etiologia così univoca. Ed infatti l'inquadramento forzato dell'angina pectoris nella coorte delle malattie sifilitiche offre una resistenza che non opposero nè l'aneurisma, nè l'insufficienza aortica, a meno che non si vogliano violentare le statistiche, che non danno fra gli anginosi oltre il 25-30 % di sifilide certa.

Le statistiche fatte per precisare l'importanza della sifilide nella etiologia dell'angina di petto vera e specialmente dell'angina di petto da sforzo, hanno il torto di essere delle statistiche globali e di non tenere in sufficiente conto le varietà cliniche della malattia. Delle 450 osservazioni dell'A., 353 si riferiscono ad angine da sforzo vere; 51 *con lesioni aortiche* (47 insufficienze aneurisma, 3 stenosi pure); 269 *senza lesioni aortiche* ma in massima parte ipertesi; 25 *con cuore grosso* ed ipertensione minima o nulla; 8 *con grosso cuore aritmico*. Le restanti 11 sono angine da sforzo secondarie ad affaticamento dispnoico in ipertesi scompensati.

Guardate nell'insieme queste osservazioni danno una percentuale non superiore al 30 % di lue certa o sospetta. Ma se si fa una statistica ragionata si arriva a conclusioni molto interessanti:

1) Nell'angina pectoris associata a lesioni aortiche gli antecedenti luetici sono comunissimi. La sifilide si trova quasi di regola nell'associazione angina pectoris ed insufficienza aortica (88 %): è costante se coesiste l'aneurisma aortico;

2) Nell'angina di petto senza lesioni aortiche la frequenza della sifilide scende al 20 %: tanto più facilmente si trova positiva, quanto più fu precoce l'insorgenza della sindrome anginosa;

3) Fra i pochi ipertesi scompensati che presentano angina da sforzo in seguito a dispnea respiratoria la statistica positiva si abbassa ancora al 14 %.

In riassunto, vicino all'angina pectoris da sforzo, sifilitica, che abbraccia la totalità dei casi con ectasia, i 9/10 dei casi con insufficienza aortica, un terzo degli anginosi al di sotto dei 50 anni, vi è posto per una angina di petto non sifilitica che comprende più della metà degli anginosi senza lesione aortica al di sotto dei 50 anni e certamente la maggior parte delle angine sviluppatesi oltre i 50 anni.

Non si è quindi autorizzati a considerare l'angina pectoris da sforzo come una stigmate luetica e molto meno ad imporre senza esame e senza discussione un trattamento antiluetico ad ogni anginoso.

PERSIA.

Affezioni dell'aorta toracica nell'età giovanile.

A. Schneider (*Med. Klinik*, n. 47, 1924) osserva che già nell'età giovanile poco dopo i 20 anni si osservano non troppo raramente alterazioni sclerotiche dell'aorta toracica. Obbiettivamente queste alterazioni si manifestano con un lieve soffio sistolico ascoltabile sull'aorta e con un rinforzo del secondo tono aortico. Queste alterazioni sono benigne; esse non hanno che scarsissima tendenza alla progressione. Sintomi soggettivi mancano spesso; soltanto in caso di ipereccitabilità nervosa si possono manifestare degli accessi dolorosi simili all'angina pectoris. L'autore riferisce tre casi di tal genere in individui al disotto dei 40 anni. In casi simili si fa spesso diagnosi di semplice neurosi cardiaca.

POLL.

Anemie gravi nelle aortiti sifilitiche.

È ben conosciuta l'anemia degli aortici, meno lo è la coesistenza di una aortite con una anemia grave talmente da dominare il quadro clinico. Questa sindrome aortico-anemica ha attirato l'attenzione del Hatzieganu (*Bull. et mémoires de la Soc. des hôp.*, 1924, n. 34) in un malato presentante 1,500,000 globuli rossi.

Questo p., quarantenne, sofferente da sei mesi, morì in 48 ore senza lasciar precisare la causa della sua anemia. All'autopsia si constatò una panaortite sifilitica. Partendo da questo caso l'A. ha studiato le anemie della quarantina o cinquantina, con lesioni aortiche. Ora, in sette siffatte p. l'A. ha constatato debolezza, stanchezza, cefalea, vertigini, dispnea da sforzo, inappetenza, lieve dolore ed oppressione presternale. In tutte pallore estremo con ottimo sviluppo del pannicolo adiposo sottocutaneo. All'esame del cuore: soffi su tutti i focolai ed accentuazione del secondo tono aortico; aumento in tutti i sensi dell'ottusità precordiale; aorta dilatata, ipertrofia del ventricolo sinistro. Nel sangue: gli

gocitemia, oligocromoemia, anisocitosi, poichilocitosi, leucopenia, trombocitopenia, lieve iperbilirubinemia. In quattro vi era W. R. positiva.

Lo Hatzieganu denomina questa associazione: sindrome aortico-anemica, deducendo le seguenti considerazioni: praticamente la necessità di pensare all'aortite in presenza di una anemia verso i 40-50 anni, poi per pensare ad una possibile azione dell'apparato tireo ovarico nelle anemie, data l'età in cui la notata anemia sopraggiunge, apparato alterato dall'azione della sifilide

MONTELEONE.

Il delirio nelle malattie di cuore.

R. Massini (*Schweizerische med. Wochensch.*, 1924, pag 397) distingue due tipi di delirio, che si osservano nelle malattie cardiache. All'uno, dà il nome di delirio di posizione. Il malato crede di essere in un luogo diverso da quello in cui realmente si trova, mentre sotto gli altri riguardi può considerarsi mentalmente sano. Di fatto, egli riconosce il medico, l'infermiere e discorre ragionevolmente della sua malattia. Questa forma di allucinazione è caratterizzata dalla persistenza e dalla uniformità; può durare parecchi giorni ed è sempre di cattivo augurio.

Nel secondo tipo, più raro, il paziente vede un oggetto ben definito, dovunque egli rivolga lo sguardo. Tale oggetto consiste in sbarre od in liste verticali, che in certi casi sono incrociate da sbarre orizzontali; ne risulta così una figura a telaio o ad inferriata, la quale ricopre tutti gli oggetti che cadono sotto gli occhi del malato. Le sbarre appaiono bluastre, sono larghe un centimetro circa e distanti un paio di centimetri fra loro. Come nel primo tipo, questa allucinazione non si accompagna ad altro disturbo mentale; la prognosi è meno grave, a meno che l'allucinazione non sia persistente. È incerto se esso accompagni l'uso della digitale.

fil.

SEMEIOTICA.

L'esame della temperatura.

Lo studio dell'andamento della temperatura nel decorso delle malattie, nonostante il perfezionamento dei mezzi diagnostici, non ha perduto l'antico valore. Oltre agli esempî classici della malaria, della polmonite, della tifoide, ecc., lo studio della temperatura ha un'importanza capitale nelle setticemie. Per quanto riguarda quelle chirurgiche, di cui il tipo è la perforazione appendicolare, si possono distinguere tre forme, l'iper-, la ipotermica e la mista. Nella prima, il fatto saliente è dato dall'ascensione della temperatura senza remissione; il polso si accentua progressivamente, piccolo, frequente, sì da non potersi contare, impercettibile; la temperatura raggiunge 40°-41°, la cute è secca, la lingua arida; la morte sopravviene rapidamente. Nella seconda forma, dovuta al colibacillo od a certi anaerobi, è notevole, al contrario, la dissociazione fra il polso e la temperatura; questa può rimanere normale od anche al disotto, mentre il polso diventa molto frequente, piccolo, e mentre si accentuano i sintomi di intossicazione profonda del sistema nervoso. Nell'ultima forma, infine, la lingua è umida, il ventre trattabile, ma la temperatura cresce senza remissione, il polso diventa più frequente e più molle, l'aspetto del malato sempre più affaticato. Egli, pur con questi sintomi, dice di sentirsi bene, mentre l'intossicazione procede con estrema rapidità fino alla morte.

Nelle setticemie mediche, la curva termica è invece del tutto differente e mostra oscillazioni nette. L'andamento è differente e varia dalla forma rapida che uccide in pochi giorni, all'endocardite maligna che dura qualche mese. Talvolta, osserva A. Guérin (*Journal des praticiens*, 22 novembre 1924), si sono avuti degli errori di diagnosi per le grandi oscillazioni della febbre etica, in cui la temperatura, presa una sola volta al giorno, può mostrarsi normale, mentre l'esame del polso, lo stato generale, la presa metodica delle temperature permettono di evitare l'errore.

Le affezioni influenzali sono quelle che presentano la maggiore varietà di curve termiche. L'influenza benigna è ridotta al suo solo virus, si inscrive nel grafico come un V, o meglio, come un M maiuscolo. Questa curva classica, però, può essere turbata da associazioni microbiche; si osserva allora una discesa a lisi più o meno lunga, più o meno regolare, talvolta qua e là interrotta da punte intermittenti, tal'altra prolungata come una vera setticemia. L'ultimo attacco febbrile può essere preceduto da un giorno di completa apiressia. Questo fatto è degno di nota, perchè il malato, fidandosi di tale ingannevole apiressia, può alzarsi ed avere una riacutizzazione, che sarebbe stata impedita dal semplice prolungamento di riposo per altre 48 ore.

fil.

IGIENE.

La lotta antidifterica secondo le moderne vedute.

G. Bilucaglia (*Medicina Italiana*, anno 5°, n. 11, novembre 1924), passa in rassegna i moderni sistemi di lotta contro la difterite. Premesse brevi considerazioni sulla sieroterapia, che è riuscita ad abbassare la mortalità dal 50 al 15 %, fa risaltare il valore della prova di Schick, per cui il medico viene edotto in quali casi deve applicare le iniezioni profilattiche nei soggetti esposti a

contagio. Una positività della reazione di Schick, praticata iniettando nel derma una diluizione di tossina difterica, indica infatti deficienza di corpi immunizzanti nell'individuo. La reazione è poi servita a Schick di base per stabilire come dose profilattica una quantità di 50 U. I. per kgr. di peso, e come dose curativa 100-500 U. I. per kgr., a seconda della gravità del caso.

Un altro potente mezzo di lotta è rappresentato dalla vaccinazione antidifterica, per la quale, invece di introdurre un'antitossina eterogenea già preparata, si stimola l'organismo a produrre da sè un'antitossina omogenea, per mezzo di iniezione di miscele di tossine e antitossine. Tale vaccinazione si applica già da 10 anni su larga scala, specie in America.

I vaccini usati sono quelli di Behring e quello Americano, che vien preparato anche in Italia dall'Ist. Sier. Milanese.

Secondo l'A. non sarebbe affatto illogico introdurre l'obbligatorietà della vaccinazione antidifterica, come si è fatto per l'antivaiuolosa.

Ma poichè nemmeno coll'immunizzazione attiva si risolve il problema dei portatori di germi, nuovi orizzonti e nuove speranze si aprono nella lotta contro la difterite con gli studi, non ancora completati, di Boehme dell'Ist. Sier. Sassone, il quale preconizza la vaccinazione per mezzo di sospensioni di bacilli difterici attenuati, così come si usa per la vaccinazione antivaiuolosa.

M. FABERI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'istologia patologica della poliomielite acuta e della encefalite letargica.

Alcuni autori hanno attribuito la medesima etiologia alla poliomielite anteriore acuta ed alla encefalite letargica, per modo che la diversa sintomatologia sarebbe in funzione della varia localizzazione del virus e delle lesioni da esso prodotte.

In effetti vi sono casi di encefalite atipica nei quali la lesione è insieme mesencefalica e midollare, e casi anche atipici di pioliomielite nei quali oltre a quelli della lesione midollare esistono sintomi mesencefalici.

Hassin (*Archives of Neurology and Psychiatry*, 1924, n. 1) osserva che a parte la netta differenziazione clinica, nelle due malattie esistono differenze notevoli isto-patologiche. Egli ha praticato l'esame microscopico sistematico d'un caso di poliomielite acuta clinicamente a tipo Landry e d'un caso di encefalite epidemia a forma acuta con mioclonie diaframmatiche.

In ambo i casi si riscontrarono lesioni degenerative delle cellule ganglionari del midollo, del bulbo, del mesencefalo, delle fibre radicolari anteriori, proliferazione nevroglica, infiltrazione perivascolare diffusa. Nel caso di poliomielite questa infiltrazione era più intensa e diffusa, mentre la proliferazione vascolare era meno evidente che nel caso di encefalite. Oltre a ciò in quest'ultimo l'infiltrazione parenchimale era meno intensa, le corna anteriori erano lese tanto quanto quelle posteriori, mentre nella poliomielite la lesione è prevalente o esclusiva nelle corna anteriori. Infine la proliferazione nevroglica nell'encefalite era meno marcata nel midollo.

Le lesioni dell'encefalite e della poliomielite sono ambedue a tipo infiammatorio e degenerativo. Ma lesioni degenerative prevalgono nella poliomielite provocando la distruzione completa del sistema motore midollare affetto, e la degenerazione s'accompagna ad abbondante proliferazione nevroglica.

In ambo le affezioni le lesioni degenerative ed infiammatorie possono colpire tutte le sezioni dell'asse cerebro-spinale, ma nell'encefalite prevalgono nel mesencefalo e decrescono nel midollo, mentre avviene il contrario nella poliomielite.

dr.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. G. B. F. da G.:

Non esiste un trattato di clinica moderna; esistono molti e buoni trattati di patologia. Tra i più utili sono il Mohr e Stahelin (trad. ed edito dalla libraria milanese), il Roger e Widal edito da Masson, il Brouardel e Gilbert edito da Bailliere ed in Italia dalla Libreria Torinese. Ogni trattato, essendo il frutto di collaborazione, ha capitoli meglio svolti e capitoli che presentano qualche deficienza. Il vecchio trattato dello Strumpell, di cui è uscita la 10ª edizione italiana sulla 22ª tedesca, presenta il vantaggio di una unità di indirizzo, di uno svolgimento armonico ed è denso di contenuto nella sua brevità.

T. PONTANO.

VARIA.

La puntura delle api.

L'allevamento delle api, che nel nostro paese è molto diffuso, e che pur meriterebbe una maggior diffusione dato la bontà e la quantità del rendimento delle api italiane, presenta qualche inconveniente. Ma si tratta di inconvenienti facilmente ovviabili sol che si prendano le opportune precauzioni.

Il pericolo consiste nella puntura che è capace di provocare un avvelenamento anche mortale.

Grond (*Revue de Pathologie comparée*, 20 agosto 1924) dà sulla puntura delle api interessanti ragguagli.

L'apparato velenoso si trova nell'addome; è costituito da un pungiglione formato da due artigli, che verso l'estremità presentano una seghettatura di sei a dodici denti rivolti all'indietro. Il veleno è secreto da due glandole i cui dotti escretori dopo essersi fusi immettono in un serbatoio, che è in comunicazione con il pungiglione.

Il veleno è un liquido chiaro, limpido, che si dissecca rapidamente.

A causa della dentellatura dell'aculeo stesso questo resta nella ferita strappando una parte dell'apparato velenoso e specialmente il serbatoio In seguito a questa mutilazione l'ape muore, per cui si deve ritenere che essa punga solo quando sia molto eccitata.

La puntura è in certi casi molto pericolosa. Si ricorda il caso di un ragazzo, che ne morì. Egli fu punto alla tempia sinistra, per il dolore vivissimo ricorse al padre che estrasse il pungiglione della puntura. Subito dopo il ragazzo impallidì, si coprì di sudore, mentre le gambe gli vacillavano. Seguì dolore intenso all'epigastrio, affanno e morte mezz'ora dopo la puntura.

È verosimile che l'estrazione del pungiglione provoca l'espulsione del veleno ancora raccolto nel serbatoio. Perciò l'estrazione stessa, consigliabile sempre per evitare che il pungiglione affondi nella cute e vi depositi, sia pur lentamente, il veleno, deve essere fatta con precauzione. Si deve evitare di premere la ferita e sopratutto di far pressione sul serbatoio, perchè così facendo si inietta rapidamente sotto cute il veleno in esso contenuto.

In genere gli accidenti mortali sono provocati dal gran numero di punture.

La puntura è funzione specifica delle api operaie. Uno sciame spesso, oltre che della regina e di un migliaio di maschi, consta di diciotto a venti mila operaie. I maschi non hanno pungiglioni, ne sono fornite invece le operaie che l'adoperano per uccidere i maschi dopo che è avvenuta la fecondazione della regina acciò siano eliminate le bocche inutili, oppure nelle lotte che avvengono fra le operaie stesse e che sono vere battaglie.

Oltre che per le api stesse e per l'uomo il veleno può essere mortale anche per altri animali. Grossi animali, come i cavalli e gli asini, possono soccombere alle molteplici punture d'uno sciame.

A dosi uguali il veleno agisce differentemente a seconda gli individui. Per alcuni le punture sono pressochè innocue, in altri provocano una semplice orticaria, in altri disturbi gravi ed anche la morte. In generale le donne ed i bambini sono più sensibili.

Le api infliggono le loro punture di solito alla faccia, al collo, alle mani, ai piedi o alle gambe. Le prime sono le più gravi in ragione della vicinanza dei centri nervosi. È stato constatato che il maggior numero di morti si ha quando sono punte le palpebre, il naso, il collo. Gravità straordinaria hanno le punture nella bocca.

L'apicultore evita le punture chiudendo gli abiti da per tutto, coprendosi il volto con un velo, e le mani con guanti. Occorre ben fissare le estremità delle maniche e dei calzoni per modo che l'ape non possa insinuarsi tra la carne e la stoffa.

Le api pungono di preferenza il nero, la lana, i tessuti animali, conviene quindi portare abiti di colore chiaro, allo scopo di non eccitarle inutilmente.

Al riguardo è a notare che più le api sono eccitate, più riescon pericolose le punture. L'ape eccitata infligge con maggiore violenza il pungiglione nella cute, per modo che il veleno vi si diffonde più abbondantemente e più rapidamente.

Le api hanno un odorato sensibilissimo e sembra riconoscano l'odore speciale della persona che le accudisce. Se la persona stessa è febbricitante, in traspirazione, o spande odori diversi dall'abituale, le api si mettono in agitazione, pungono, e tentano di ripungere anche se hanno lasciato il pungiglione nella ferita.

L'odore acre e penetrante dell'acido formico che esala dal loro veleno le eccita particolarmente. Se un'ape punge, le altre vicine tentano di pungere con maggior violenza. In queste condizioni è conveniente restare immobile o fare soltanto movimenti lenti e misurati. Quando si deve avvicinare un alveare è meglio essere soli; quando si è in più v'è qualcuno che può inconsideratamente eccitare le api. La colonna dell'esploratore Schweinfurth fu attaccata dalle api nel centro dell'Africa: due uomini morirono, parecchi altri ebbero gravissimi disturbi. Incidenti analoghi capitarono ai tedeschi durante le ostilità con gli inglesi nell'Africa Orientale.

In medicina la puntura delle api è stata utilizzata per la cura del reumatismo, sopra tutto delle forme croniche. Si fa pungere il sospetto dalle api ogni giorno, aumentando gradatamente il numero delle punture. Poichè anche il veleno delle api provoca l'immunità: le prime punture provocano in genere una tumefazione più o meno pronunziata, ma dopo un certo numero di punture la tumefazione non si produce più.

argo

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XI. — Sindacato dei criteri di valutazione della idoneità dei concorrenti.

Sfugge al sindacato di legittimità, implicando più che altro esame di criteri e di apprezzamenti, la critica dell'operato della Commissione giudicatrice di un concorso ad impiego pubblico, qualora si lamenti che la Commissione, dopo aver fatto precedere nell'elenco degli eleggibili parecchi mutilati di guerra, per effetto di categoriche disposizioni di legge, abbia ritenuto poi di dover tenere in qualche conto anche l'*energia giovanile*, allo scopo appunto di meglio assicurare nel suo complesso il servizio sanitario.

Segnaliamo questa decisione della IV Sezione del Consiglio di Stato (18 settembre 1924, n. 663) perchè riguarda un caso di applicazione di criteri speciali non concernenti direttamente la capacità tecnica. Il ricorrente lamentava che la Commissione, sostituendosi all'autorità che aveva stabilito le norme del concorso e, quindi, eccedendo i suoi poteri, si era proposti, come essa aveva dichiarato, criteri atti ad evitare che tutti i posti messi a concorso fossero vinti dai medici anziani, i quali avevano molti anni di servizio, come se ciò fosse un minor merito.

Della situazione di fatto conosciamo quel tanto che risulta dalla decisione; ma sembra a noi assai discutibile la legittimità del criterio seguito dalla Commissione.

XII. — Il diritto di scelta limitato alla terna e le preferenze a favore dei mutilati di guerra e degli ex combattenti.

Qualora il bando, che contiene le norme del concorso, conferisce espressamente all'amministrazione la facoltà di scegliere tra i primi tre concorrenti proposti dalla Commissione esaminatrice (sistema della terna), l'esercizio di questa facoltà di scelta non è che l'applicazione delle norme regolatrici del concorso, e quindi non riveste quel carattere *eccezionale* che avrebbe nel caso in cui, dovendo l'amministrazione, in linea di principio, nominare *il vincitore* del concorso, cioè il primo graduato, le fosse consentito, in circostanze singolari, cioè per ragioni d'incompatibilità personali e morali, di non addivenire alla nomina.

Se il bando conferisca all'amministrazione la facoltà di scegliere nella terna, ciò non altro significa se non che il diritto di nomina, che spetta all'amministrazione, può essere esercitato con una certa larghezza dentro certi limiti, e cioè entro la cerchia dei primi graduati; nè occorre di giudicare « ex novo » ma è sufficiente che la nomina si attui dentro i limiti stabiliti.

L'art. 3 del R. D. 18 settembre 1919, n. 1825, che stabilisce a favore degli invalidi di guerra e degli ex-combattenti un titolo di preferenza nei concorsi riguarda esclusivamente la formazione della graduatoria e non già la preferenza della nomina.

L'art. 8 della legge 21 agosto 1921, n. 1312, concernente l'assunzione obbligatoria degli invalidi di guerra, riguarda l'ammissione agli ultimi posti di ruolo di una amministrazione; ma non può trovare applicazione per la nomina ad un posto di aiuto chirurgo in un ospedale, quando nel ruolo vi sia il posto inferiore di assistente. (Consiglio di Stato, Sezione IV, decisione 6 settembre 1924, n. 640, ric. Agrifoglio c. Opera Pia de' Ferrari di Genova).

XIII. — I ricorsi contro provvedimenti di riforma di organici.

La deliberazione di un commissario prefettizio concernente riforma organica, è soggetta ad approvazione dell'autorità tutoria e perciò non ha carattere definitivo, essendo impugnabile con ricorso gerarchico al Governo del Re il provvedimento della G. P. A. che integra, approvandola, la deliberazione del commissario.

La giurisprudenza è costante in tal senso ed è stata recentemente confermata dalla IV Sezione del Consiglio di Stato con decisione 8 agosto 1924, n. 586.

Non lievi complicazioni sorgeranno in pratica per effetto della nuova legge sulle attribuzioni giurisdizionali della G. P. A. (testo unico 26 giugno 1924, n. 1058) la quale, all'art. 4, deferisce alla *giurisdizione esclusiva* della Giunta le « questioni *derivanti* dal rapporto di impiego ». Ma di ciò avremo occasione di ragionare a parte, trattandosi di una controversia connessa ad altre dipendenti dalla infelicissima redazione tecnica della nuova legge. Ora basta aver segnalato la questione, per avvertimento preliminare.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Per il controllo della procreazione.

Dal Commissario Governativo dell'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale riceviamo:

Ill.mo Sig. Direttore del «Policlinico»,

Siamo lieti di constatare che i concetti espressi dal Dr. *Pangloss* nel suo articolo «L'ombra di Malthus» (comparso nel n. del 12 corr. mese del Suo pregiato periodico) sulla maggiore importanza che ha per la grandezza e la prosperità di una nazione la qualità piuttosto che la quantità della popolazione, collimano perfettamente con le idee da noi sostenute in ripetute occasioni (v. *Difesa Sociale*, corr. anno, pag. 42, 249) e che trovano riscontro in organi eminenti del pensiero medico all'estero, quali il *Lancet*, il *Journal of the American med. Association*, ecc. Ci auguriamo pertanto che la nostra azione stimolatrice sulla classe medica italiana, affinchè si interessi degli studi e dei problemi attinenti al controllo nazionale della procreazione, trovi sostegno anche presso l'autorevole periodico da Lei diretto. Al fine di agevolare tali studî il nostro Istituto tiene a disposizione dei ricercatori la ricca documentazione che esso possiede.

Con particolare osservanza, mi creda

Roma, 28 gennaio 1925.

Dev.mo: *Il Commissario Governativo*
Prof. ETTORE LEVI.

Cronaca del movimento professionale.

L'esercizio professionale dei medici stranieri nel Brasile.

La Commissione di Sanità della Camera dei Deputati brasiliana ha formulato un progetto di legge per disciplinare l'esercizio dei medici stranieri. In base al progetto stesso i professori ordinari di Facoltà Mediche statali estere possono esercitare liberamente in Brasile, sempre che negli Stati di origine vi sia tale reciprocità di trattamento; così pure i liberi docenti incaricati di speciali insegnamenti. Ogni altro medico che voglia esercitare la professione nel Brasile deve immatricolarsi nelle Facoltà mediche brasiliane e fare tutto il corso di Medicina, per tanti anni per quanti ne fa lo studente di Medicina del Brasile; egli deve produrre il certificato di licenza liceale e deve altresì sostenere in un Liceo del Brasile un esame di Storia del Portogallo e del Brasile. Siffatto regolamento ostacolerà certamente l'affluenza dei medici europei nel Brasile.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AVEZZANO. *Ospedale dei SS. Filippo e Nicola.* — Medico primario e chirurgo primario; L. 3000 lorde e percezione compensi paganti in proprio. Docum. all'Amministrazione entro il 28 feb. Età mass. 42 a. Triennio di aiutato in grande osped. o clin. univers. Tassa L. 50. Gli aspiranti dovranno dichiarare nella domanda di aver preso visione del regolam. interno e di accettarlo incondizionatam. in ogni sua parte. Per altre condizioni chiedere annunzio.

BASTIGLIA (*Modena*). — Ab. 2332, di cui 1000 agglomerati; pov. 200; ha. 1000 circa; stip. L. 8500 e 10 bienni ventesimo; L. 600 bicicl.; doppio c.-v.; L. 500 uff. san. Scad. ore 17 del 21 feb. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15 all'Esattore comun. Accettaz. entro 10 gg.

BREDA DI PIAVE (*Treviso*). — Scad. 14 feb.; stip. L. 8000, c.-v., trasp. L. 3500, uff. san. L. 700. Tassa L. 50. Capitolato servizio in corso approvaz.

CAMPAGNATICO (*Grosseto*). — A tutto 15 feb.; due cond.; pov. circa 25 %; L. 9000 e c.-v. (prossime modificaz. in conform. decisioni G. P. A.). Tassa L. 50. Serv. entro 15 gg. Docum. a 3 mesi. Indicare la condotta (2ª cond. del capoluogo e Pari).

CESA (*Caserta*). — Alle 12 meridiane del 10 marzo, cond.; L. 7000 e 5 quadrienni decimo; età lim. 40 a. Chiedere condizioni.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilim. Riuniti.* — Aiuto specialista otolaringoiatra in S. M. Nuova; L. 5250 e c.-v.; età lim. 35 a. — Assistente per la Sez. Medica e assistente per la Sez. Chirurg. nello Spedale di Careggi; L. 5000 e c.-v.; età lim. 30 a. — Nomina e conferma biennali. Scad. ore 18 del 20 feb. Serv. entro 15 giorni. Chiedere annunzio.

KAMMA (*Pantelleria - Trapani*). — Per titoli e per gener. abitanti. Richiedensi almeno dieci anni esercizio ininterrotto. Stip. L. 12,000 annue, oltre ass. Munic., serv. pov. e necrosc. Scad. 9 marzo. Preferiti concorr. con titoli ostetr. Limite età 45 a. Docum. accomp. vaglia L. 15; schiarimenti, ecc. al cav. uff. Andrea Ferrandes, Kamma.

MOLINI DI TRIORA (*Imperia*). — Scad. 15 feb. L. 9000, oltre L. 500 servizio ostetrico. Tassa lire 50.20.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assist. effettivo di chirurgia; L. 4500, esclusa qualsiasi indenn. c.-v.; due bienni del decimo; stanza di abitaz. con obbl. di pernottarvi; medaglie di L. 15 per le guardie (di 12 ore). Scad. ore 18 del 28 feb. Votazioni esami speciali. Tassa L. 50 alla Tesoreria. Nomina biennale; conferma quadriennale. L'Amministr. si riserva la facoltà di non nominare nessuno dei concorrenti.

PIANCASTAGNAIO (*Siena*). — Scad. 20 feb.; stip. L. 6500, c.-v., L. 3000 trasp., trienni ventes. Docum. a 6 mesi. Tassa L. 50.15. (La condotta è boicottata).

PONTEDERA (*Pisa*). — Al 15 feb., tre cond., di cui due nel capol. e una per La Rotta; L. 7600 e quadrienni decimo fino a metà dello stip. iniziale, salvo ulteriore aum. su decisioni G. P. A.; obbligo supplenza senza indenn.; età lim. 40 a.; sulla domanda indicare se s'intende concorr. pel capol. Serv. entro 15 gg.

RAVENNA. — Primario radiologo del Comune, direttore dei Gabinetti di radiologia ed elettroterapia dell'Ospedale Civile; L. 12,000 e 5 quadrienni decimo; c.-v.; cointeressenza visite e cure abbienti. Docum. alla Segreteria del Comune non oltre il 28 feb. Età mass. 41 a. Tassa L. 50.10 all'Economo Comun. Triennio in gabinetto di radiologia ed elettroterapia. Divieto di esercizio priv. della specialità.

ROCCAFERRARO (*Mantova*). — Scad. 15 feb.; lire 8000 e 5 quadrienni decimo; indenn. annua integrativa e indennità trasp. Tassa L. 50.05.

ROCCAROMANA (*Terra di Lavoro*). — A tutto il 20 feb.; età lim. 40; tassa L. 50.15; docum. a tre mesi; pov. 400 circa; L. 8000 e 5 quadrienni decimo, oltre L. 2500 cav. e 1° c.-v.

TORPE (*Sassari*). — A tutto 20 feb.; L. 10,500 e sessennio decimo, senza c.-v., oltre L. 2500 cav., L. 1000 arm. farm. e L. 800 uff. san. Poveri circa 800. Serv. entro 15 gg. Due frazioni, distanti km. 16 dal centro.

CONCORSI A PREMIO.

Premii Arena.

Due premi da assegnarsi ai migliori lavori sperimentali sui temi: « L'ammoniaca dell'urina nelle malattie del ricambio » e « L'importanza dei lipoidi nell'organismo ». Possono concorrere i laureati italiani in medicina e chirurgia o in chimica pura degli anni 1923 e 1924 che abbiano riportato nell'esame di laurea voti assoluti e superato, se medici, l'esame di chimica fisiologica o di chimica clinica. La Commissione esaminatrice è composta dai proff. Bottazzi, Lo Monaco e Quagliariello. I candidati debbono inviare i lavori, inediti e dattilografati, al prof. Bottazzi, Direttore dell'Istituto di Fisiologia in Napoli, S. Andrea delle Dame, 51, contrassegnandoli con un motto, ripetuto su busta chiusa che contiene il nome ed il recapito dell'autore. Scad. 31 dic. 1925.

Premio Mazzoni.

Con R. D. 23 ottobre 1924, n. 1873, la R. Università di Roma è stata autorizzata ad accettare un legato di 50 mila lire, disposto a suo favore dal prof. Mazzoni Giuseppe, per la istituzione di un premio annuale (pari alla rendita netta di detto lascito), da assegnarsi allo studente della Facoltà di Medicina e Chirurgia della R. Università di Roma, che superate tutte le prove al primo esame, abbia riportato il maggior numero di voti in ciascun esame di profitto durante i sei anni di studio e nell'esame di laurea.

Premio Nordhoff-Jung.

La Commissione incaricata di aggiudicare il premio istituito dal dott. Sofia A. Nordhoff-Jung per le migliori ricerche sul cancro, ha deciso, d'accordo con la fondatrice, di assegnare d'ora in poi il premio ogni biennio, raddoppiandolo (1000 dollari). La prossima aggiudicazione avrà luogo nel 1926.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Vittorio Ascoli è stato nominato ad unanimità socio corrispondente della Società di medicina interna e di pediatria di Vienna.

La redazione esprime vivo compiacimento al suo illustre direttore per questa nomina.

Nel concorso alla cattedra di clinica chirurgica presso l'Università di Sassari sono riusciti: 1° P. Fiori, 2° L. Dominici, 3° P. Marogna.

Avendo rinunciato al posto il prof. Fiori, che è a Modena, è stato nominato il prof. L. Dominici.

Nel concorso alla cattedra di patologia speciale chirurgica presso l'Università di Torino è riuscito primo il prof. O. Uffreduzzi; in quello presso la Università di Sassari il prof. L. Dominici; in quello presso l'Università di Messina il prof. D'Agata; in quello presso l'Università di Padova il prof. Fasiani.

Poichè il prof. Dominici è stato nominato alla clinica, il posto di patologia chirurgica a Sassari è stato conferito al secondo classificato prof. Marogna.

Il prof. Gussio, riuscito secondo a Messina, è stato incaricato dell'insegnamento a Catania.

Ai nostri valorosi collaboratori L. Dominici e S. Gussio i più vivi rallegramenti.

Il prof. Romanese, di medicina legale a Bari, è stato chiamato a Parma; l'incarico dell'insegnamento è stato affidato al prof. Falco di Roma.

Al posto di aiuto chirurgo negli Istituti ospitalieri di Milano, si presentarono 10 candidati; il 1° gennaio furono nominati soltanto i primi quattro e cioè: Rossi, Ettorre, Boretti e Moncalvi.

Rallegramenti.

Il dott. Egon Ranzi, privato docente a Vienna, è stato chiamato alla cattedra di clinica chirurgica dell'Università di Innsbruck, rimasta vacante per la chiamata del prof. H. von Haberer a Graz.

Il dott. René Leriche, professore aggregato alla Facoltà medica di Lione, è stato chiamato alla cattedra di clinica chirurgica dell'Università di Strasburgo, la quale era scoperta da parecchio tempo.

Uno dei diciannove premi assegnati nello scorso anno dall'« Académie des Sciences » di Parigi è toccato al prof. V. Babés di Bucarest; tutti gli altri sono stati decretati a studiosi francesi.

Hanno conseguito la libera docenza: in anatomia ed istologia patologica: Tramontano Vincenzo; in clinica chirurgica e medicina operatoria: Cevario Luigi, Tonnini Gualfardo; in clinica dermosifilopatica: Cacioppo Luigi, Freund Emanuele; in clinica medica generale: Rossi Giacinto; in clinica otorinolaringoiatrica: Bellucci Luigi; in clinica pediatrica: Galvani Alberto; in igiene e polizia medica: Gardella Eloisa; in medicina operatoria: Sala Rodolfo Armando; in odontoiatria e protesi dentale: Manicardi Giuseppe; in oftalmoiatria e clinica oculistica: Bocci Dante, Gasparini Giulio; in patologia e clinica dermosifilopatica: Garzella Nello; in patologia speciale chirurgica: Bertocchi Andrea, Cicconardi Gaetano, Cirillo Giuseppe, Marinelli Filippo, Mendola Giuseppe, Scigliano Saverio; in patologia speciale medica: Chiri Camillo, De Gregorio Carlo, Fava Alessandro, Romagnolo Carlo, Silvestri Silvestro.

Al gr. uff. prof. Cesare Agostini è stata conferita la medaglia di argento al merito della salute pubblica per l'opera trentennale svolta indefessamente per combattere l'endemia pellagrosa nella Provincia di Perugia.

Al dott. Mario Fiori di Cremona, capitano medico 4° regg. artiglieria, è stata concessa la medaglia di bronzo per benemeriti della salute pubblica per la campagna antipestosa di Libia (1916-1917-1918).

Il dott. Alessandro Savino fu Vincenzo, inscritto nell'Albo dei Medici di Roma, è nominato cavaliere della Corona d'Italia per speciali benemerenze.

Il dott. Luigi Battey, di Castiglione Olona, è nominato cavaliere della Corona d'Italia per meriti professionali e benemerenze civili.

Tra le nomine inserite nel fascicolo scorso, alla riga 4ª, leggere: Adolfo Ferrata.

Medicina ed igiene all'Esposizione missionaria Vaticana.

Nella tranquillità della città papale, lontano dai rumori cittadini, il visitatore, percorrendo questi padiglioni, ordinati con severa signorilità, è trasportato nelle più lontane regioni, dai poli ai tropici, dalla Terra del Fuoco al Giappone. Con sagace iniziativa, la Santa Sede, tra i padiglioni che illustrano l'opera benefica delle missioni, ha voluto dedicare un intero padiglione all'igiene ed alla medicina delle missioni. Nei paesi lontani, dove il soffio della civiltà non è arrivato che sotto la forma dell'alcool, della tubercolosi, della sifilide, il missionario può non solo conquistare delle anime, ma può svolgere un'opera sommamente benefica nel campo dell'igiene e della profilassi e portare altresì il suo aiuto anche nel campo della terapia, specialmente sotto la forma del pronto soccorso. Basta pensare al fatto che i Missionarî mantengono 300.000 bambini in 4.000 istituti per comprendere l'eccezionale importanza che assume anche nel campo dell'igiene l'opera di questi uomini, di queste donne, che hanno dedicato la loro vita alla carità, che tale opera svolgono proprio in paesi dove l'igiene infantile è deficiente e che vivono a contatto del popolo più umile e conoscono le corde più sensibili del cuore umano.

Il padiglione dedicato all'igiene è stato ordinato dal prof. G. Franchini, direttore della Scuola di Patologia Coloniale all'Università di Bologna. Le più importanti malattie che mietono nei paesi lontani tante vittime, sono qui dimostrate con belle riproduzioni in cera colorata, con pezzi anatomici, con maravigliose fotografie, illustrandone le cause, il modo di trasmissione, la profilassi.

In un riparto troviamo unite ed illustrate le due malattie che vanno sì spesso di conserva, l'alcoolismo e la tubercolosi. Per questa vi sono dei preparati dimostrativi del Dürck di Monaco; per l'alcoolismo notiamo i preparati e le diapositive dell'Istituto di Anatomia patologica dell'Università di Roma (Marchiafava, Bignami e Nazari) sulla degenerazione alcoolica del corpo calloso.

Interessante è il reparto dedicato al vaiuolo, dove si ammirano delle fotografie di vaiuolosi e di varicellosi, nonchè una serie di riproduzioni di preparati che illustrano le lesioni di tali malattie.

Nella stanza della peste, troviamo dei grafici e delle fotografie della Direzione di Sanità, nonchè le cassette attrezzate per la diagnosi batteriologica, riproduzioni in grande di pulci, le diverse specie di ratti. A tale proposito, sarebbe da osservarsi che le denominazioni di « sorcio » e di « topo » date rispettivamente al *Mus decumanus* ed al *M. rattus* non sono esatte, poichè da noi esse si riferiscono al *Mus musculus*, mentre i grossi topi (delle chiaviche) venongo designati come « ratti » senza distinzione di specie.

Un'altra stanza è destinata al colera, al tifo, alla dissenteria, dove si vedono riproduzioni in grande delle mosche, l'illustrazione del ciclo di evoluzione, alcuni bei modelli di latrine e di sistemi di depurazione biologica dell'Istituto di Sanità tedesca

Degna di vera ammirazione è la collezione di parassiti e di insetti interessante l'igiene, del prof. G. Alessandrini di Roma. Sulla elefantiasi, la verruga peruviana, espone delle belle riproduzioni in cera e dei preparati l'Istituto di Anatomia patologica dell'Università di Bologna, di cui il Direttore, il prof. G. Martinotti, presenta anche la propria collezione di libri antichi riguardanti queste malattie e la malaria. Nella stanza dedicata a quest'ultima malattia, è rappresentato il ciclo evolutivo, vi si trova una collezione delle zanzare trasmettitrici, pezzi anatomici di milze malariche, ecc. Spicca in questa stanza il ritratto di Laveran, ma se è questo un doveroso omaggio allo scopritore dell'ematozoo, non sarebbe stato male mettere in rilievo il grande contributo dato su questo argomento dagli italiani, per esempio, di chi scoprì la trasmissione per mezzo dell'anofele e di chi, comprendendo il grande interesse sociale per l'Italia della malaria, pensò di darle le leggi sul chinino, sottraendo lo smercio di questo prezioso farmaco dalla ignobile cupidigia degli speculatori.

La lebbra, con le gravi alterazioni che induce nella figura umana, attrae l'attenzione per le belle ed impressionanti riproduzioni in cera, anche della Clinica dermosifilopatica di Bologna e per le fotografie del Dürck e del Peyri. È per questa malattia che si rivela enormemente benefica l'opera dei Missionarî, che con abnegazione si dedicano all'assistenza dei lebbrosi nei numerosi leprosarî appartenenti alle Missioni.

La Sanità espone anche ospedaletti da campo (con laboratori batteriologici, cloruratrici, sterilizzatrici) per le nostre colonie in Libia affidati ai Frati Minori, (F. Cappuccini), in Eritrea (F. della Consolata), in Somalia. Altre malattie di grande importanza trovano la loro illustrazione qui: la malattia del sonno, la leishmaniosi, la febbre gialla, ecc. e non pochi medici troverebbero qui molto da imparare per la necessaria conoscenza che, nelle attuali condizioni di rimescolamento di popoli, si deve evere anche di malattie che prediligono paesi lontani.

Ma anche in altri padiglioni, il medico troverà cose interessanti da osservare: le mostre etnografiche, con la riproduzione dei diversi tipi etnici, una bella collezione di serpenti velenosi del Matto Grosso, le curiose usanze di medicina popolare, come, p. es., quella di curare le fratture con certe erbe, o di sfregarsi la bocca con altre per ottenere la facondia, ecc.

La paziente attività di questi pionieri della civiltà, dei quali la personalità scompare nella maravigliosa opera collettiva, nel mentre spargeva il conforto della fede, ha osservato amorosamente tutto quello che a loro si presentava nell'ambiente in cui vivevano, tutto raccogliendo con cura. Sia lode a loro, che nelle inospiti terre lontane, fra tante traversie, tengono viva la fiamma della religione, animati da un sacro ideale umano ed agli organizzatori che nulla hanno trascurato perchè tutto l' insieme si presentasse degno del nobile scopo e della elevata opera di carità. *fil.*

NOTIZIE DIVERSE.

Associazione della stampa medica italiana.

È stata diramata ai periodici associati la seguente circolare:

« Con lettera indirizzatami in data 25 ottobre 1924, il sen. G. Sanarelli rassegnava le dimissioni da presidente dell'Associazione della Stampa Scientifica Italiana (Sezione Medica).

« Venuto ad assumere la responsabilità del sodalizio, diramai subito una circolare ai membri del Consiglio Direttivo, prospettando la necessità che l'Associazione viva e chiedendo in qual maniera essa potrebbe, a loro avviso, riprendere l'attività, dato che da parecchi anni non si sono riuniti nè il Consiglio nè l'assemblea.

« Siccome la mia circolare non ha sortito alcun effetto pratico, mi rivolgo ora ai soci e, attraverso la stampa medica, anche ai non soci, invitando i giornalisti medici ad un *referendum* intorno all'opportunità e alle modalità di ristabilire la vita dell'Associazione della Stampa medica.

« La prego pertanto di rendere pubblico questo mio invito.

« Durante la breve durata della mia vicepresidenza ho provveduto a far inoltrare la sigla per il 1925 ai periodici associati ed a far richiedere la quota sociale (che da alcuni anni viene corrisposta solo da un numero esiguo di periodici).

« Gradisca i miei collegiali saluti.

V. ASCOLI, V. Pres. dell'A. S. S. I. M.

« *N. B.* — Le risposte potranno essere indirizzate a me personalmente, presso la redazione del *Policlinico*, via Sistina 14 - Roma (6) ».

V Congresso Internazionale di storia della medicina.

È indetto a Ginevra dal 22 luglio e ss., sotto il patronato di quella Società Medica. Presidente onorario: sir D'Arcy Power (Londra); vice presidenti onorari: D. Giordano (Venezia), A. Capparoni (Roma), Laignel-Lavastine (Parigi), E. B. Krumtacher (Filadelfia), G. de Lint (Olanda), A. Patri (Ginevra), C. Singer (Londra), Tricot-Royer (Ambères); presidente effettivo: Charles Greene Cumston (Londra); vice-presidenti effettivi: Andrea Corsini (Firenze), Ernest Wickersheimer (Parigi); segretari generali: A. de Peyer e Emile Thomas. Il programma può richiedersi alla segreteria generale, rue Général Dufour 20 - Ginevra (Svizzera).

Congresso francese di chirurgia.

Per il 5 ottobre 1925 è fissato il XXXIV Congresso francese di Chirurgia a Parigi.

I temi proposti sono i seguenti:

1) Risultati lontani dei differenti metodi di trattamento del cancro del retto (relatori Schwartz e Gandier).

2) Trattamento della tubercolosi del ginocchio a partire dalla adolescenza (relatori Fredet e Vignard).

3) Indicazioni e risultati della splenectomia (relatori Cadenat e Guyot).

Corso di diagnostica delle malattie tropicali.

Il Senato Accademico della R. Università di Roma ha concesso su proposta e a votazione unanime della Facoltà di Medicina l'incarico di diagnostica delle malattie tropicali al dott. prof. Carlo Basile, per meriti scientifici ed attività didattica.

Il corso, gratuito per medici e studenti del sesto anno di medicina, è già iniziato nella clinica medica.

Repressione delle frodi nel conseguimento di diplomi.

Un disegno di legge, di cui è relatore il sen. Credaro, commina la reclusione da tre mesi ad un anno a chiunque, in esami o concorsi prescritti o richiesti da autorità o pubbliche amministrazioni per il conferimento di lauree o di ogni altro grado o titolo scolastico o accademico, per l'abilitazione all'insegnamento od all'esercizio di una professione, per il rilascio di diplomi o patenti, presenta come proprii dissertazioni, studi, pubblicazioni, progetti tecnici e, in genere, lavori, che siano opera di altri. Sono state comminate pene anche ai complici e intermediari. Il relatore vorrebbe che per le lauree si rendesse obbligatoria, oltre la tesi, un lavoro di clausura, scritto sotto la vigilanza di giudici, onde istituire un confronto fra le due produzioni e stabilire se possano essere della stessa persona.

In difesa delle acque minerali.

In una lettera aperta al direttore generale della Sanità pubblica, il rag. E. Granelli, consigliere delegato della Soc. An. « Terme di S. Pellegrino », appoggiandosi all'autorità dei proff. Barduzzi, Piccinini, Casciani, G. Foà, Gasperini, Mangiagalli, chiede che venga disciplinato l'uso delle così dette acque naturali artificiali, sia per ragioni mediche, in quanto che esse non riproducono affatto le acque naturali ma ne costituiscono delle sofisticazioni, sia per ragioni giuridiche e morali, in quanto che esse sfruttano la fama acquisita dalle acque naturali; lo scrivente vorrebbe, quanto meno, che si vietasse l'abuso perpetrato quando si afferma che, mediante date miscele, si possono ottenere determinate acque naturali.

Elargizioni.

Il gr. uff. Felice Lora, una delle spiccate personalità italiane di Buenos Aires, ha messo a disposizione dell'on. Mussolini la oblazione di lire 700,000 per opere umanitarie ed artistiche, tra cui L. 25,000 per il tubercolosario provinciale di Cagliari, L. 150,000 a beneficio delle Opere federate di assistenza romana, L. 250,000 quale contributo alla costruzione di un sanatorio antitubercolare provinciale in Caltanissetta.

Il cav. Giuseppe Barotelli ha lasciato una sostanza che supera di molto il milione all'Ospedale Civico di Varese e 160,000 lire a vari Istituti di beneficenza ed alla Biblioteca civica.

Il sig. Vittore Mariani ha lasciato 100,000 lire all'Ospedale Maggiore di Milano.

Giubileo della " Deutsche ".

La *Deutsche Medizinische Wochenschrift* ha festeggiato il 50° anniversario della sua fondazione pubblicando un numero unico nel quale sono rispecchiati i progressi compiuti durante il cinquantennio nei vari rami della medicina. Gli articoli, in numero di trenta, sono redatti da clinici e studiosi di fama mondiale, dei paesi tedeschi; basti menzionare Krehl, Kraus, Lubarsch, v. Wassermann, Romberg, Rubner, v. Noorden, Sahli, Czerny, Schick, Mathes, Bumm, Meyer, Eiselsberg, His ecc. L'edizione è tipograficamente splendida, come del resto lo sono ormai tutte le pubblicazioni tedesche, le quali attestano una meravigliosa ripresa, lasciando indietro la maggior parte delle nostre pubblicazioni...

Istituto Britannico di Radiologia.

Nel 1923 si costituì un comitato presieduto da sir A. D. Reid per fondare a Londra un Istituto di Radiologia; ora i locali sono stati acquistati, in Welbeck Street, 32; comprendono un laboratorio con apparecchi per dimostrazioni, alcune camere per ricerche individuali, un'aula per conferenze, una sala di lettura (l'antica chiesa dell'ambasciata russa), una biblioteca; si sta ora organizzando una collezione di radiografie, dedicata alla memoria del compianto Reid; verranno forniti roentgenogrammi per proiezioni alle scuole mediche. L'Istituto convocherà un Congresso internazionale nel corso del 1925.

Istituto del cancro a Lovanio.

Il prof. Maisen, titolare della cattedra di anatomia patologica dell'Università di Lovanio (Belgio), ha assunto la direzione dell'Istituto del Cancro, che raccoglie e coordina varie iniziative e conta di attrarne altre; esso dispone di una ricca dotazione di sostanze radioattive.

Per lo studio delle malattie esotiche in Germania.

La Società Tedesca per lo studio delle malattie esotiche, la quale ha sede ad Amburgo ed a Berlino, ha promosso, tra i soci, l'acquisto di una nave, che dovrebbe ospitare valorosi cultori della medicina tropicale, essere fornita di tutti i mezzi scientifici e tecnici per l'espletamento di ricerche sulle malattie esotiche e recarsi nei vari porti del mondo.

Scuola medica giapponese in Cina.

È stata organizzata nell'Ospedale di Cingtao, per gli studenti cinesi, dal governo del Giappone, il quale ha stanziato una sovvenzione annua di 140,000 yen per le spese di funzionamento.

L'opera sanitaria dei Missionari francescani in Libia.

Il padre Costanzo Bergna, in un libro intitolato *La missione francescana in Libia*, rievoca l'opera pietosa e spesso eroica prestata dai missionari francescani, a più riprese, durante le epidemie di peste e di tifo petecchiale, malattie da cui essi furono

più volte colpiti: l'ultima vittima del dovere fu frate Eliseo, caduto per tifo petecchiale nel 1872: nello spazio di 11 giorni perirono allora anche la superiora e due suore di S. Giuseppe. L'Autore ricorda anche altre opere di assistenza, come l'impianto dell'ospedale di Muzuk e dell'ambulatorio medico di Tripoli. Questi umili missionari — dichiara il dott. D. A. Mazzolani — sono a noi medici particolarmente cari, perchè non esitano a sacrificarsi per il prossimo, emuli degli stessi medici, quale il dott. Savarese, anche lui vittima del dovere in terra libica.

Per i medici coloniali francesi.

Il ministro francese delle Colonie, on. Daladier, ha istituito delle onorificenze, come medaglie d'oro e d'argento, con relativi emblemi, per i medici coloniali che pubblichino lavori di pregio nel campo della medicina, farmacia, igiene, geografia e altri soggetti coloniali.

Contro la pubblicità medica ciarlatanesca in Spagna.

Il dott. J. Madinaveitia, direttore degli « Archivos de Medicina, Cirugia y Especialidades », organo ufficiale dell'« Academia Médico-Quiriugica » della Spagna, ha sostenuto, in seno ad un congresso medico spagnolo adunatosi recentemente a Siviglia, la necessità d'infrenare la *réclame* medica ciarlatanesca che infierisce in Spagna; vorrebbe che si prendesse a modello l'opera svolta dall'Associazione Medica Americana per mezzo del « Journal A. M. A. » e del « Council of Pharmacy and Chemistry ».

Contro la pubblicità medica ciarlatanesca in Inghilterra.

Sir Thomas Horder ha pubblicato, nel *World To-Day*, un articolo in cui deplora i danni economici e sanitari cagionati da molte delle specialità terapeutiche lanciate per mezzo di una pubblicità clamorosa quanto fraudolenta, sui giornali non medici; invita il Ministero della Sanità a interessarsi al problema; esprime il parere che, per scopi psicoterapici, possa però autorizzarsi la vendita di alcuni rimedi innocui (acqua colorata, pillole di mollica di pane), la cui composizione verrebbe tenuta segreta.

Centenario di Sydenham.

Il « Royal College of Physicians » di Londra ha celebrato il tricentenario della nascita di Sydenham, padre della medicina clinica in Inghilterra, con un discorso del presidente, sir Humphry Rolleston

Centenario di un medico artista.

Si organizza a Tolone la commemorazione centenaria di Ippolito Duprat, che fu medico della marina e che compì pregevoli ricerche scientifiche, ma poi abbandonò la medicina per consacrarsi alla poesia ed alla musica; fu autore di varie composizioni, tra cui non è ancora dimenticata « Petrarca », in cinque atti.

Il prof. Marañon.

È noto come il prof. Marañon occupi una posizione molto eminente nella classe medica spagnola.

Di recente l'« Ateneo » di Madrid, un'organizzazione colturale presieduta dal Marañon, è stato chiuso dal governo militare, che volle considerarlo come un centro di liberalismo. Il Marañon si recò a protestare presso il ministro dell'Interno, generale Anido, il quale ebbe poi a riferire il colloquio in termini che parvero poco deferenti al Marañon. A titolo di protesta, il Marañon rassegnò le dimissioni da tutte le cariche pubbliche, tra cui quella di direttore dell'Ospedale per le malattie infettive e quella di membro del Consiglio della Sanità pubblica. Il governo minacciò delle rappresaglie. Inopinatamente, mentre il Marañon accudiva al suo gabinetto di consultazione, ricevette la visita della regina accompagnata dalla dama di Corte duchessa di Montellano. Questa visita ha avuto molta eco in tutta la Spagna: intanto essa è valsa a scongiurare le minacce: il Marañon non è più stato molestato dal governo militare.

I medici al Parlamento inglese.

Il nuovo Parlamento inglese conta 12 medici, dei quali 7 iscritti al partito conservatore, 4 a quello operaio, 1 indipendente, nessun liberale; 3 di essi sono professori universitari, 3 non hanno mai esercitato la medicina.

Un duello tra medici in Ungheria.

Un intervento odontoiatrico cui ebbe a sottoporsi il dott. Moravcsik, primario psichiatra di Budapest, venne purtroppo seguito da infezione generale e da morte.

Il dott. Szimon affermò che l'esito infausto doveva imputarsi a negligenza dell'operatore, dott. Bonis; tra questi due medici seguì una vertenza cavalleresca: nel duello il dott. Bonis rimase ferito alla testa.

Sciopero di studenti medici a Buenos Aires.

Un grave conflitto è sorto a Buenos Aires tra gli studenti di medicina e il dipartimento municipale d'igiene, sotto la cui giurisdizione stanno la maggior parte degli ospedali cittadini. Quivi gli studenti sono ammessi a prestar servizio, ricevendo un tenue compenso e fruendo dell'alloggio.

I posti sono molto ambiti, perchè consentono di addestrarsi praticamente sui malati. Ora, in seguito ad atti di piccola delinquenza compiuti dagli allievi, il direttore del dipartimento d'igiene, dottor Zubizarreta, decise di togliere loro l'alloggio, aumentando invece il compenso. Gli studenti si ribellarono in massa e per rafforzare la protesta disertarono tutte le lezioni. Dopo uno sciopero di

15 giorni, il Consiglio municipale ha preso una decisione favorevole agli studenti; quattro consiglieri municipali si sono dimessi.

Morti provocate da solfato di bario impuro.

Il Ministero federale della Sanità pubblica della Germania informa, in una relazione, che di recente sono state segnalate, in questo Paese e altrove, molte morti da solfato di bario impuro, impiegato per radiografare il tubo digerente. L'analisi dei prodotti tossici ha dimostrato che essi contenevano composti di bario solubili o che diventavano tali per azione del succo gastrico.

Il fisiologo francese JEAN CAMUS lascia il suo nome legato al meccanismo d'azione della tossina tetanica, al còmpito degli ematoblasti nella retrazione del coagulo sanguigno e, sovratutto, alla genesi del diabete insipido e delle sindromi poliuriche e adiposo-genitali, di cui ha chiarito la eziologia: opera magistrale, compiuta in collaborazione con Roussy.

Il Camus ha percorso una duplice carriera, negli ospedali e nei laboratori; in primo tempo fu interno d'ospedale con Le Noir, Dejerine, Bouchard, e, contemporaneamente, preparatore di Richet, di Gley e di Langlois; passato medico primario nel Manicomio di Larochefoncault e nell'Ospedale della Charité, fu, al tempo stesso, capo di Laboratorio e professore aggregato di fisiologia; venne eletto ad un tempo membro della Société de Biologie e dell'Académie de Médecine.

Da questa armonizzazione del laboratorio con la clinica egli ha saputo trarre largo profitto.

Durante la guerra diresse il Centro di fisioterapia e di rieducazione dei mutilati, stabilito al Grand Palais: grazie al suo spirito inventivo e al suo entusiasmo rese grandi servigi.

Era il secondo di tre fratelli, tutti medici: il maggiore, Luciano, immunologo di valore, dirige il « Service de la Vaccine »; il terzo, Paolo, è medico alienista alla Salpêtrière. V. L.

È morto a Praga il prof. JAROSLAV HLAVA, direttore dell'Istituto anatomo-patologico di quella Università. Fu il primo a descrivere l'istologia delle macchie di Koplik, delle pustole vaiolose, dell'esantema scarlattinoso ed il quadro ematologico del tifo esantematico. Fu un insegnante apprezzatissimo. Era considerato come il più autorevole rappresentante della professione medica nella Czeco-Slovacchia.. A. M.

La Facoltà medica di Berlino ha perduto due dei suoi maggiori esponenti: i proff: TRENDELENBURG e BUMM.

Ne daremo prossimamente i cenni biografici.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 16 Febbraio 1925 Fasc. 7

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. P. L. BOSELLINI.

Sul valore della reazione di deviazione del complemento nelle affezioni gonococciche.

Contributo di ricerche e considerazioni critiche

per il dott. LORENZO PELLEGRINI, assistente.

Lo studio della deviazione del complemento nelle infezioni gonococciche, iniziato nel 1906 dal Müller e dall'Oppenheim, e poco dopo dal Bruck, e continuato fino ai giorni nostri da varî altri studiosi di venereologia ha portato in discussione un problema la cui risoluzione, ben definita nel suo valore, sarebbe di somma importanza pratica.

Dico sarebbe, poichè, pure avendo quasi tutti gli sperimentatori seguìto il metodo classico nell'eseguire la reazione di Bordèt-Wassermann, i risultati ottenuti non sono concordi.

Infatti da una percentuale di quasi il cento per cento di reazioni positive a cui è giunto recentemente il Maderna, si passa ad altre percentuali di molto inferiori, come quelle, per es., ottenute ancor più di recente dal Rubistein e dal Gauzan, e precedentemente dal Cappelli, dal Ciuffo e da altri.

Il Maderna nel suo lavoro, eseguito nella Clinica di Napoli nel 1919, asserisce che la sieroreazione positiva è costante nelle forme di uretriti

croniche, e che le forme acute e subacute anteriori o totali dànno una percentuale di negatività al massimo dell'8 %. Nelle complicanze poi la reazione sarebbe nella maggior parte dei casi positiva. La prova quindi, tenendoci a questi risultati, sarebbe di sommo interesse pratico specie per la diagnosi di natura di molte affezioni quali artriti, epididimiti, annessiti, ecc. A questi ottimistici risultati seguono quelli del Rubistein e del Gauzan (1923) i quali autori, su 188 sieri gonococcici esaminati ebbero il 50 % dei risultati positivi nelle uretriti acute, il 72 % in quelle croniche, e ciò, facendo uso, come antigene, di una emulsione microbica costituita dal miscuglio di 6 stipiti di gonococco, coltivati su agar-ascite, ognuno dei quali, dopo 24 ore, era stato emulsionato in soluzione fisiologica sterile, e quindi, scaldato a 60° per un'ora.

Altri autori, però, non si trovano d'accordo su queste percentuali: tra questi il Cappelli nel 1910 usando come antigene il Gonargin e l'Arthigon, è venuto alla conclusione che la reazione di fissazione nella blenorragia, quantunque di non dubbio valore specifico, è incostante.

Egualmente il Ciuffo, con un antigene da lui preparato e con il vaccino Wellcome, ha sperimentato la deviazione del complemento in molti casi, ma con risultati non netti e, anzi, molte volte contraddittori. Egualmente il Buzzi nel 1912 ha ottenuto esiti molto incerti.

Questi risultati non concordanti, sebbene ottenuti seguendo da tutti lo stesso metodo di ricerca, dimostrano come, nel nostro caso, il meccanismo della reazione sia oscillante, e, forse, non intimamente legato al processo infettivo in sè.

Ed è appunto per i varî risultati ottenuti e per le varie interpretazioni a cui la prova è stata fatta segno, che ho voluto anche io studiare come si comportassero di fronte ad un antigene specifico i sieri dei soggetti blenorragici col proposito di ristabilire, sulla base di un discreto numero di esperienze, la attendibilità della reazione stessa. Inoltre ho voluto usare come antigeni i comuni vaccini del commercio, poichè ho ritenuto che, se veramente, la prova avesse portato a conclusioni concrete, l'avere pronti gli antigeni avrebbe reso la ricerca di più facile attuazione.

*
* *

Per le mie esperienze mi sono servito degli ammalati che ambulatoriamente frequentavano la nostra clinica, dividendoli in blenorragici acuti, cronici e affetti da complicanze. In tutte le forme acute la diagnosi clinica è stata sempre controllata dall'esame batterioscopico del secreto uretrale mediante la colorazione col bleu di Löffler. Nelle forme croniche che non presentavano altro che filamenti nelle urine, si è sempre proceduto alla ricerca del gonococco nei filamenti stessi, seguendo il metodo del Gram; lo stesso metodo del Gram è stato eseguito in quelle forme croniche che presentavano la sola goccetta siero purulenta mattinale.

Ho iniziato le mie esperienze usando come antigene il vaccino Arthigon avendone previamente dosato tanto il potere antiemolitico quanto il potere emolitico.

Per il dosamento del potere antiemolitico ho posto in una serie di provette una dose di complemento in contatto con quantità crescenti di vaccino mantenendole in termostato a 37° per un'ora; vi ho aggiunto poi soluzione di globuli rossi al 5 % e siero emolitico (questo secondo la titolazione che portava); tenute ancora in termostato per mezz'ora, ho osservato quale era la dose massima di vaccino che consentiva la completa emolisi senza arrecarvi disturbo.

Pel dosamento del potere emolitico ho posto in contatto quantità crescenti di vaccino con i soli globuli rossi e tenendo un'ora a 37°.

In ambedue le ricerche la quantità limite, cioè quella quantità massima di vaccino che non mi ha spiegato alcuna azione antiemolitica nè emolitica, mi è risultata di cmc. 0,3, e quindi per la prova di deviazione ho usato la quantità di cmc. 0,15. Questi dosamenti del vaccino Arthigon furono ripetuti spesso in modo da essere sicuri sul titolo ottenuto.

La reazione fu sempre garantita da controlli negativi usando sieri di sangue di individui sicuramente non blenorragici.

Nella lettura della reazione sono sempre stato attento nel fissare il momento nel quale l'emolisi era completa sia nella provetta priva di antigene che nel controllo del siero, e osservare subito dopo la provetta reazione; secondo che ivi l'emolisi era avvenuta o no, ho giudicato negativa o positiva la prova.

Se nella provetta reazione l'emolisi era iniziata, ma non completa, ho prolungato l'osservazione in termostato per assicurarmi se trattavasi di ritardo o di inibizione; dando solamente valore a quei ritardi di emolisi che erano ancora manifesti dopo trascorso il doppio del tempo necessario per l'emolisi completa dei controlli.

*
* *

Disposte le cose in questo modo, ho iniziato in un primo tempo le mie esperienze su 30 blenorragici acuti, 14 affetti da uretrite cronica, 10 complicati da epididimite, e 16 affetti da prostatite. Dei blenorragici acuti 25 si erano contagiati

per la prima volta, e l'inizio della malattia oscillava da 3 giorni a un mese; gli altri 5 erano individui che avevano sofferto di blenorragia molti anni addietro, si erano ritenuti guariti dopo alcuni mesi di cura locale, e avevano visto poi ricomparire la secrezione uretrale dopo pochi giorni da un coito sospetto.

I 14 affetti da uretrite cronica, erano tutti malati da più di un anno, non presentavano nulla a carico della prostata (per quello che almeno potevasi apprezzare dall'esame rettale) e si lamentavano solamente di una scarsa secrezione mattinale; 3 di questi avevano sofferto, durante il periodo acuto, di epididimite.

Dei 10 epididimitici, 8 erano blenorragici subacuti datando la malattia da alcune settimane, due erano blenorragici cronici. Tutti accusavano un senso di peso al testicolo colpito e un intenso dolore che si irradiava all'inguine lungo il tragitto del condotto deferente.

I prostatici, 13 affetti da uretrite cronica e 3 da forma acuta, si lamentavano di un senso di peso alla regione ano-perineale e di una urinazione difficoltata e dolorosa. In tutti si trattava di forma catarrale.

Nei suddetti malati la prova di deviazione del complemento diede i seguenti risultati:

Forme cliniche	n. casi	R. Positive	%	R. Negative	Ritardi di emolisi
Blenor. acuti . . .	30	1	3 33	27	2
» cronici . .	14	—		13	1
» Epididimitici . .	10	—		10	—
» Prostatici.	16	—		13	3
Totale	70	1	1,4	63	6

Su 70 sieri esaminati, uno solo ha dato reazione positiva, e questo unico siero apparteneva ad un individuo che, ammalatosi circa 15 anni addietro, non si era mai curato con regola, per due volte aveva avuto complicazioni a carico della vescica, dei didimo, e dell'epididimo e che, quasi costantemente, salvo brevi intervalli, si era lamentato e si lamentava di una secrezione purulenta dell'uretra.

I ritardi di emolisi si ebbero sia in forme acute recenti, che in forme croniche semplici e complicate; quindi, senza alcuna prevalenza di forma clinica.

Questi risultati, poco consoni con quelli ottenuti da altri sperimentatori, mi hanno fatto pensare che, forse, la titolazione dell'antigene poteva non corrispondere; ho creduto quindi opportuno di continuare le esperienze, titolando l'antigene sia in presenza di siero positivo (il siero in esame) che di siero negativo; e cioè, in 8 provette contenenti ognuna cmc. 0,10 di siero in esame ho posto successivamente cmc. 0,10, 0,15, 0,20, 0,25, 0,30, 0,40, 0,50, 0,60 di vaccino Arthigon; egualmente ho operato con siero appartenente ad individui sicuramente non blenorragici; ho proceduto poi, secondo al solito, unendovi il complemento e il sistema emolitico.

Usando questo procedimento servendomi del vaccino Arthigon nelle dosi crescenti più sopra riportate, ho eseguito 28 reazioni, delle quali 14 con sieri appartenenti a blenorragici acuti, 10 a blenorragici cronici, e 4 a blenorragici prostatici.

I risultati ottenuti sono stati i seguenti:

Forme cliniche	n. casi	R. Positive	%	R. Negative	Ritardi di emolisi
Blenorr. acuti . .	14			14	
» cronici . .	10	2	20	7	1
» prostatici .	4			4	
Totali	28	2	7,14	25	1

I due sieri che hanno dato reazione debolmente positiva, appartenevano ad individui malati da due anni, che si lamentavano, quando si presentarono al nostro consultorio, altro che di una scarsa secrezione mattinale; la prostata, per quello che si apprezzava dall'esame rettale, non si presentava alterata.

È da tenere presente inoltre, che l'inibizione dell'emolisi è stata data da cmc. 0,15 di antigene, cioè dalla medesima quantità di vaccino usato nelle prove precedenti; cosa questa molto importante poichè veniva a provare come la titolazione precedentemente fatta del vaccino Arthigon fosse esatta, e quindi come si dovessero considerare esatti i risultati allora ottenuti.

Inoltre varie volte mi è occorso che le dosi di cmc. 0,40-0,50 che non inibivano l'emolisi in presenza di sieri gonococcici, l'hanno inibita in presenza di sieri sicuramente non blenorragici, usati come controlli.

*
* *

Ho voluto inoltre continuare le esperienze cambiando l'antigene. Ho successivamente usato l'Eterovaccino Antolini ed un vaccino espressamente preparato dall'Istituto Sieroterapico Milanese costituito da una sospensione di gonococchi a 20 milioni per cmc. in una soluzione di acido fenico al 0,5 %.

La quantità limite ottenuta nella determinazione del potere emolitico e antiemolitico di questi due vaccini è stata di cmc. 0,20 per il vaccino Antolini e di cmc. 0,30 per il vaccino dell'Istituto Sieroterapico Milanese.

Nelle prove di deviazione, però, non ho voluto tenere conto della titolazione ottenuta, e li ho usati a dosi crescenti, e i risultati ottenuti sono stati i seguenti:

ETERO VACCINO ANTOLINI.

Forme cliniche	n. casi	R. Positive	%	R. Negative	Ritardi di emolisi
Blenorr. acuti . .	22	5	22,70	13	4
» cronici . .	14	2	14,28	12	
Totali	36	7	19,7	25	4

Le cinque reazioni positive, delle quali solo due con inibizione completa di emolisi, sono state ottenute con sieri appartenenti ad individui che erano ammalati da tre giorni ad un mese, senza che, si noti, la varia intensità della inibizione dell'emolisi fosse in rapporto con l'inizio della malattia, poichè due individui che si erano presentati al nostro esame dopo tre giorni dalla comparsa della secrezione uretrale, hanno dato, uno reazione intensamente positiva, e l'altro un'emolisi incompleta.

Anche per i ritardi non si è avuto alcuna prevalenza di forma clinica, come egualmente è stato per le forme croniche.

La dose di vaccino che ha iniziato l'inibizione dell'emolisi è stata di cmc. 0,10.

Con il vaccino preparato dall'Istituto Sieroterapico Milanese si sono ottenuti i seguenti risultati:

Forme cliniche	n. casi	R. Positive	%	R. Negative	Ritardi di emolisi
Blenorr. acuti . .	24	2	8,33	18	4
» cronici . .	12	3	25	9	
» epididimitici . .	15	3	20	12	
» prostatici.	6	2	33,33	4	
Totali.	57	10	17,54	43	4

Delle 10 reazioni positive, 3 soltanto sono state fortemente tali, e di queste, una si riferiva ad una forma acuta semplice, le altre due a forma acuta complicata da epididimite e deferentite; la dose di vaccino che ha inibito l'emolisi è stata di cmc. 0,15.

Inoltre, servendomi sempre del vaccino del Sieroterapico Milanese, ho voluto fare anche qualche reazione con sieri appartenenti a donne blenorragiche. Ma anche nel campo femminile i risultati non sono stati diversi da quelli finora ottenuti. Le reazioni che ho potuto eseguire sono state poche, data la scarsa quantità di ammalate fornitemi dall'ambulatorio; in ogni modo nelle varie forme cliniche studiate si sono avuti questi risultati:

Forme cliniche	n. casi	R. Positive	%	R. Negative	Ritardi di emolisi
Endometriti . . .	8			8	
Endometriti e annessiti.	2			2	
Uretrocistiti . . .	1			1	
Forme complesse .	6	1	16,6	4	1
Totali.	17	1	5,88	15	1

Su 17 sieri esaminati uno solo ha inibito completamente l'emolisi, ed apparteneva ad una donna malata da più di due mesi, alla quale, quando si presentò al nostro consultorio, vennero riscontrate erosioni del muso di tinca, endometrite e uretrocistite.

*
* *

Riassumendo ora tutti i casi studiati e i risultati ottenuti, possiamo fare lo specchietto seguente:

Forme cliniche	n. casi	R. Positive	R. Negative	Ritardi di emolisi
Blenorr. acuti . .	90	8	72	10
» cronici. .	50	7	41	2
Epididim. acuti . .	19	2	17	
» cronici .	6	1	5	
Prostatici acuti . .	9	1	8	
» cronici .	17	1	13	3
Donne blenorr. . .	17	1	15	1
Totali	208	21	171	16

Dallo studio di questa tavola non possiamo però trarre conclusioni utili, inquantochè, i risultati ottenuti coi diversi antigeni non sono concordi,

come appare chiaramente dalla tavola comparativa qui sotto:

Forme cliniche	Antigene vaccino Arthigon			Antigene vaccino Antolini			Antigene vaccino siero terapico milanese		
	n. casi	positive	%	n. casi	positive	%	n. casi	positive	%
Blenorr. acuti . .	44	1	2,25	22	5	22,70	24	2	8,33
» cronici .	24	2	8,33	14	2	14,28	12	3	25
» epididimitici . .	10	—	—				15	3	20
» prostatici.	20	—	—				6	2	33,33
Totali	98	3	3,06	36	7	19,7	57	10	17,54

Risulta, infatti, dall'esame di queste tavole che la positività della reazione oscilla entro limiti amplissimi secondo il tipo dell'antigene adoperato (dal 2,25 al 22,70 % per le forme acute, dall'8,33 al 25 % per le forme croniche e dallo 0 al 33,33 % per le complicazioni). Quindi il tipo dell'antigene usato ha una grandissima importanza per i risultati, e i risultati ottenuti coi diversi antigeni non sono paragonabili.

In ogni modo, pur credendo che si possa affermare come in generale la positività delle prove sia più frequente nei casi cronici e nei casi complicati, mi pare dimostrato come allo stato attuale degli studi la reazione di deviazione del complemento nella blenorragia non sia praticamente utilizzabile.

Occorrerà studiare largamente il metodo coi vari antigeni per potere assodare se ve ne sia uno che possegga tali requisiti di costanza di prova da poter essere utilizzato con piena attendibilità di risultati.

Roma, ottobre 1924.

BIBLIOGRAFIA.

ARMAND-DELILLE. *Anticorps, antigènes, et déviation du complément.* L'Oeuvre médico-chirurgicale, n. 55, 1910.

ID. *L'anaphylaxie et les reactions anaphylactiques.* L'Oeuvre médico-chirurgicale, n. 56, 1910.

BRUCK. *Ueber spezifische Immunkörper gegen Gonokokken.* Deutsche mediz. Woch., 1906.

BRUCKNER et CRISTEANU. *Sur l'agglutination du gonocoque par un sérum spécifique.* Société de biologie, vol.LX, 1905.

ID. *Sur les précipitines du gonocoque et du méningocoque.* Société de biologie, vol. LX, 1905.

BRUCKNER et CUICA. *Sérotérapie de la septicémie gonococique expérimentale.* Société de biologie, vol. LX, 1906.

BURZI. *Azione dei sieri e vaccini antigonococcici.* Giornale It. mal. ven. e pelle, 1912.

COPELLI e GENNARI. *Sulla ricerca del gonococco nel sangue dei blenorragici.* Boll. Facoltà Med. di Parma, 1915.

CIUFFO. *Sieri antigonococcici, loro azione curativa e fenomeni anafilattici.* Giornale Ital. mal. ven. e pelle, 1910.

DEMBSKA. *Zur Frage der Serodiagnostik und Vaccinotherapie bei der gynokologischen Komplikationen.* Berlin. Klin. Woch., 1910; Manatshefte für praktische Dermatologie, 1910.

EISING. *The diagnostic use of gonococcus vaccine for gonorrheal infections.* Medical Record, 1912.

FINKELSTEIN et GERSCHUM. Berliner Klinische Wochenschrift, n. 32, pag. 1817, 1917.

FONTANA. *Sull'impiego dell'Arthigon per la ricerca della deviazione del complemento nella blenorragia.* Giorn. Ital. mal. ven. e pelle, 1912.

IRONS e NICOLL. *La fissazione del complemento nelle infezioni gonococciche.* Journ. of infect. disease, 1915.

IUNGANO e ALBARRAN. *Contributo alla ricerca degli anticorpi in alcune affezioni gonococciche.* Il Tommasi, n. 30, 1908.

LENARIOWICZ. *Ueber den praktischen Wert der komplementbindungsmethode bei gonorrhoischen Erkrankungen.* Dermatologische Woch., 1912.

LUYS. *Traité de la blénorrhagie et des ses complications,* 1904.

MADERNA. *La vaccino-terapia nella blenorragia.* Giorn. Ital. mal. ven. e pelle, 1918.

ID. *La ricerca della deviazione del complemento nelle affezioni blenorragiche.* Giorn. Ital. mal. ven. e pelle, 1919.

MARKURIEFF. *Sérums diagnosis in gonorrha.* Rusck. Wratsch. v. IX, 1910.

MÜLLER-OPPENHEIM. *Déviation complémentaire dans la blénorragie et les dermatoses.* Annales de dermt. et de syphil., 1917.

ID. *Ueber den Nachweis von Antikörpern in serum eines an Arthritis gonorrhoica Erkrankten mittelst Komplement-Ablenkung.* Wien. Klin. Wochenschrift, 1906.

RENAUD-BADET. *Etat actuel de la vaccinothérapie antigonococcique.* Annales de dermat. et de syphyl., 1920.

RUBINSTEIN. *Traité pratique de sérologie et de sérodiagnostic,* 1921.

RUBISTEIN e GAUZAN. C. R. de la Société de Biologie, n. 30, 1923.

SCHINDLER. *Ueber die Wirkung von Gonokkenvakzin auf den Verlanf Gonorrhoischer.* Berliner Klin. Woch., n. 31, 1910.

SCHULTZ. *Klinische Erfahrungen mit den Gonokokkenvakzin Arthigon.* Deutsche mediz. Wochenschrift, 1911.

SHUPE T. P. *Fissazione del complemento nella gonorrea.* Cleveland. Acc. Med., 1916.

STANZIALE. *Sulla produzione di corpi immuni da gonococco nei conigli.* Giorn. Internaz. Scienze mediche, 1910.

TORREY e BUCKELL. *A serogical study of the gonococcus group.* Journal of Immunology, 1912.

VANNOD. *Ueber agglutinine und spezifische Immunkorpen im Gonokokkenserum.* Deutsche mediz. Woch., 1906.

WATABIKI. *A study of complement fixation in gonorrheal infections.* Journal of infect. dis., 1918.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DELLA S. CASA — LORETO
diretto dal prof. F. FABRINI, docente di Patologia Chirurgica.

Su di una non comune diffusione di una raccolta purulenta di origine dentaria.

Nota del dott. POLIDORO ARSENIO, assistente.

Il decorso, se non unico, certo eccezionale di una raccolta di pus che trasse la sua origine da una periodontite mi ha spinto a tracciare questa nota.

CASO CLINICO. — N. N., maritata, di anni 45. Viene inviata a quest'Ambulatorio chirurgico dall'odontoiatra. La p. racconta che una diecina di giorni fa notò una discreta tumefazione durissima, dolente, nella regione sottomascellare sinistra. Consecutivamente ebbe un forte dolore in corrispondenza del secondo molare inf. di sinistra per cui ricorse al dentista che estrasse il dente.

Dall'alveolo fuoriuscì del pus non in grande abbondanza: frattanto si veniva anche tumefacendo la regione gengivale periodontaria con formazione di ascesso. Una lieve intumescenza veniva anche notata nella regione temporale sinistra.

Le due tumefazioni vennero ambedue man mano crescendo finchè l'ascesso gengivale fu inciso. Uno specillo introdotto nel cavo ascessuale faceva notare la superficie ossea sottostante scoperta. Si penetrava per circa due cm. in direzione interno-esterna ed antero-posteriore. Un pus di sgradevolissimo odore unito ad un liquido sanioso fuoriusciva ogni tanto. La medicatura consisteva in lavaggio antisettico endo-ascessuale e zaffamento. La p. venne così curata ambulatoriamente per circa quattro giorni finchè la intumescenza temporale non accennando a diminuire, anzi aumentando di volume e scollando le pareti sottostanti obbligò la p. ad entrare in Ospedale il 20 luglio 1924.

Al suo ingresso notavasi:

Alla regione temporo-parietale di sinistra una tumefazione estendentesi più sul *planum temporale* e meno in spessore, della grandezza di un grosso ciottolo a forma schiacciata tondeggiante con propaggine verso la regione zigomatica, la quale è anche essa rossa ed edematosa.

I margini di detta intumescenza si confondono con i margini della fossa temporale. Nulla si nota verso l'occhio nè verso l'orecchio della stessa parte.

Colla palpazione si confermano i dati ispettivi: si percepisce una netta fluttuazione non solo nella fossa temporale ma anche verso la propaggine zigomatica. La regione è dolente alla pressione: minor dolore si ridesta colla pressione lungo la regione masseterina. La p. è nella impossibilità di abbassar la mandibola o di fare qualsiasi movimento di masticazione. Colla palpazione nello interno della bocca non si rileva nulla di anormale tranne l'edema relativamente leggero che circonda la ferita operatoria gengivale.

L'esame interno della bocca fa rilevare la mancanza del secondo molare inferiore di sinistra. Tonsille e fornici gengivali normali; epifaringe ed ipofaringe senza lesione alcuna. Lievemente edematosa la regione pterigoidea sinistra. Febbre intermittente con forti elevazioni serotine. Polso e respiro non subiscono alcuna modificazione.

Fatta diagnosi di ascesso della fossa temporale si dà esito al pus con una incisione longitudinale il cui limite inferiore è circa un centimetro sopra il margine sup. dell'arcata zigomatica. La incisione interessa cute, sottocutaneo, aponeurosi, fibre muscolari del crotafite fino all'aponeurosi profonda ed all'osso. Il pus è abbondante e commisto a sangue: ha lo stesso sgradevolissimo odore del pus dell'ascesso gengivale ove i germi della putrefazione erano abbondantissimi.

Susseguentemente per circa un mese fu medicata in Ospedale con lavaggi antisettici e drenaggio della cavità. Esplorando il cavo con una sonda si penetrava nella fossa pterigo-sfenoidale. Il riscontro digitale nel fornice gengivale sup. di sinistra faceva sentire a poca distanza lo specillo introdotto dall'alto.

Le irrigazioni temporali hanno avuto esito anche dalla ferita gengivale. La temperatura è cessata subito dopo l'apertura dell'ascesso: le condizioni generali sono andate migliorando.

Cenci necrotici formati da brandelli di aponeurosi e di fibre muscolari hanno ogni tanto esito dalla ferita.

A poco a poco la cavità si è andata richiudendo, la ferita gengivale ha cicatrizzato, è cessato l'odore sgradevole del secreto ascessuale finchè ai primi del settembre 1924 la p. potè dirsi guarita.

La connessione dei due ascessi, l'uno in dipendenza dell'altro è chiara ed è comprovata dai fatti suesposti. È ovvio notare a quali pericoli esponesse una localizzazione come questa date le lievi barriere che dividevano l'ascesso dalla fessura sfeno-orbitaria, sfeno-palatina e dai fori della base (sfenoide). Il decorso fu quindi soddisfacente e la guarigione relativamente rapida.

Ma quale fu la via percorsa dal pus? Che l'ascesso periodontario sia stato il primo a comparire è indubbio: la propagazione quindi è avvenuta verso la fossa temporale. Non si può mettere neanche in discussione che la diffusione sia avvenuta per via profonda (via sottozigomatica retromandibolare) dati i risultati della specillazione.

Allora il decorso può essere ricostruito così: il pus ebbe origine dall'alveolo dentario del secondo molare di sinistra, si estrinsecò all'esterno verso la parte esterna della branca trasversa della mandibola, imboccò con un piccolo tronco l'incanalatura che è sull'angolo alveolare della mandibola stessa, ascese in alto e all'interno ponendosi tra la branca montante della mandibola all'esterno e i muscoli pterigoidei all'interno, passò in avanti e allo interno dei legamenti dell'articolazione temporo-mandibolare, scollò alcune inser-

zioni ossee temporali del massetere, e facendosi strada sotto l'aponeurosi profonda del crotafite invase la fossa temporale. I margini netti di questa fossa segnati dalle robuste inserzioni del muscolo omonimo posero un limite al dilagare del pus.

Dato il punto di partenza e il punto di arrivo la via percorsa non è certo delle più comuni. Pochissimi autori (Gouillaude) la notano: essi in genere parlano (Picqué, Verdier) di suppurazioni superficiali o di affezioni purulente del mascellare. Pertanto non mi è sembrato inutile l'esporre questo caso e ringrazio l'illustre Direttore dell'Ospedale per il permesso concessomi e i consigli suggeritimi.

Loreto, 20 settembre 1924.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

SANATORIO SAN PANCRAZIO - ARCO (TRENTINO).

Un dispositivo semplice per lo studio della meccanica dell'apparecchio da pneumotorace

per il dott. DOMENICO SARTORI, dirett.-medico

Negli ultimi tempi sono state pubblicate sul *Policlinico* alcune note riferentesi a dettagli di tecnica nell'applicazione del pneumotorace artificiale. Leggo ora nel *Policlinico*, sezione pratica dell'otto dicembre 1924 una pubblicazione, che mi fa modificare in parte la presente nota, che già avevo abbozzato. In tale pubblicazione il dottor Borgherini-Scarabellin consiglia giustamente, a mio giudizio, il raccordo di vetro uso « spia » per innestarvi l'ago da pneumotorace. Già Dumarest e Murard nell'edizione 1923 del loro libro « La pratique du pneumothorax thérapeutique » parlano di ciò; essi spiegano cioè come sia necessario di verificare sempre che la punta dell'ago non si trovi in un vaso sanguigno: a ciò consigliano (usando l' apparecchio del Küs) di produrre pressione negativa nel manometro e di mettere poi in comunicazione la pleura col manometro escludendo il serbatoio. « La colonne du liquide tendant à revenir au zéro exerce une aspiration; si l'on se trouve dans un vaisseau, un peu de sang apparaîtra dans l'*index de verre* du trocart ».

Ho applicato da tempo detto raccordo di vetro sull'apparecchio, ciò, che ho fatto in primo tempo solo per usare i comuni aghi da siringa un po' lunghi per praticare il penumotorace, ma che poi mi riuscì utile come « spia », come giustamente osserva il dott. Borgherini-Scarabellin.

Prima di parlarne voglio descrivere un piccolo dispositivo, di cui mi servo per controllare di quando in quando il normale funzionamento degli apparecchi da pneumotorace e sopratutto la perfetta tenuta d'aria di essi: è un dispositivo molto semplice, utile per la dimostrazione pratica del funzionamento degli apparecchi da pneumotorace e col quale quelli che imparano potrebbero impratichirsi nelle manovre necessarie, prima di applicare il pneumotorace su ammalati. Non è un dispositivo corrispondente in senso, diremo così, fisiologico come quello di cui parla il prof. Morelli nel suo interessante libro « La cura delle ferite toraco-polmonari », ma è molto semplice, alla portata di tutti e corrisponde bene allo scopo dimostrativo per cui me ne servo. Esso consta di un flacone di circa 50 centimetri cubici, riempito per tre quarti di liquido (colorato); il flacone viene chiuso ermeticamente con un turacciolo di gomma, attraversato da due aghi da siringa: l'uno di questi serve applicandovi una siringa (da 2 cent. cub.) a produrre la rarefazione dell'aria (rappresenterebbe dunque la forza aspirante del polmone), l'altro serve innestandovi l'apparecchio da pneumotorace a studiare le varie « sorprese » che si possono incontrare nell'applicazione del pneumotorace artificiale. L'aria che si trova nel flacone rappresenta lo spazio virtuale o reale interpleurico, mentre il liquido serve a rappresentare un eventuale versamento o un vaso sanguigno nel quale si dovesse accidentalmente giungere coll'ago.

Ciò premesso è facile comprendere il funzionamento: ammesso che i due aghi abbiano la punta nell'aria del flacone, su uno è applicata la siringa (polmone), sull'altro l'apparecchio da pneumotorace colla comunicazione col solo manometro: aspirando colla siringa il manometro dell'apparecchio segnerà la pressione negativa corrispondente alla rarefazione dell'aria (inspirazione), premendo si avrà il ritorno del manometro corrispondente alla condensazione del gas nel flacone (espirazione). Se si aspira e si preme successivamente il manometro segnerà le oscillazioni prodotte rispettivamente dall'inspirazione ed espirazione quando l'ago è in pleura. Se poi s'introduce l'ago dell'apparecchio nel liquido del flacone e si aspira colla siringa si osserverà che l'aria gorgoglia dalla punta dell'ago e che il manometro segnerà la pressione negativa corrispondente, manifestando però le caratteristiche oscillazioni molto attenuate se si preme e aspira successivamente, ciò che si spiega colla maggiore elasticità dell'aria in confronto del liquido; questo fenomeno si avvera quando s'introduce l'ago in un versamento pleurico, anzi in questo caso le oscillazioni sono ancor più piccole, a volte addirittura impercettibili,

differenza attribuibile in parte alla maggiore densità e viscosità del liquido pleurico in confronto dell'acqua. Lasciando l'ago nel liquido e facendo la spremitura del tubo di gomma si osserverà che nel manometro la pressione negativa diventa più forte e non torna indietro se si lascia libero il tubo, ciò che si osserva pure quando l'ago si trova in un versamente pleurico.

Se in segito si estrae l'ago dal liquido e si riporta la punta nel cavo dell'aria, o ritornerà l'oscillazione come prima, oppure qualche volta l'oscillazione non si manifesterà più tanto pronta, perchè la goccia di liquido rimasta nel lume dell'ago serve da valvola, che lascia bensì uscire l'aria aspirata colla siringa, ma che ne ostacola un po' il ritorno nel manometro. Se si mette nell'ago una goccia d'olio (invece dell'acqua che è troppo fluida) si potrà osservare che facendo la spremitura del tubo il manometro segna pressione negativa e qualche volta non torna allo zero o vi torna solo lentamente, fenomeno che si osserva anche in pleura, quando l'ago è ostruito da un frustolo o da una goccia di liquido (siero, sangue) o quando l'aria spremuta si diffonde nella pleura ed il polmone viene ad appoggiarsi sulla finestra dell'ago. Premendo ed aspirando colla siringa si sentono dei rantoli cigolanti simili a quelli che si avvertono molte volte all'ascoltazione di cavità polmonari, e che certamente sono prodotti col medesimo meccanismo: l'aria del flacone rappresenterebbe la cavità, mentre l'ago ostruito dalla goccia rappresenta il bronco ostruito dalla secrezione.

Introduciamo ora di nuovo l'ago nel liquido: come si potrebbe accorgersene se il flacone non fosse trasparente? Basta fare « l'aspirazione forzata » così descritta dal Curti (*Policlinico*, Sezione Pratica, 1923, n. 23): « Chiudo con due dita « della mano sinistra il tubo di gomma appena « sopra l'ago, che viene così anche tenuto im- « mobile, e con due dita della mano destra pra- « tico schiacciamento, e scorrendo il tubo di gom- « ma, un'aspirazione ad libitum verso il mano- « metro, il quale segnerà una pressione positiva. « Il tubo di gomma resta così schiacciato, vuoto « per il tratto compreso tra le due mani; si ha « cioè un'aspirazione pari al vuoto ottenuto nel « tubo. Tenendo poi compresse le dita verso il « manometro tolgo la compressione delle dita « verso l'ago e vengo ad esercitare l'azione aspi- « rante, sopra detta, direttamente nel lume del- « l'ago ». In questo modo si avrà aspirazione di liquido per elasticità del tubo di gomma, liquido che sarà appunto visibile nella spia di vetro. Questa manovra può servire nella pratica quando introdotto l'ago per praticare il pneumotorace il manometro non dà indicazioni chiare o mancano le oscillazioni; con essa si potrà constatare se l'ago si trova in un eventuale versamento pleurico o in un vaso sanguigno. L'aspettare che si manifesti « la presenza di sangue appena questo ha superato nella minima quantità bastante il breve tragitto capillare dell'ago » (Borgherini-Scarabellin) non ci dà la sicurezza, perchè, oltre al resto, non è ancor dimostrato che in un eventuale vaso sanguigno in cui si fosse arrivati non ci possa essere pressione negativa; in ogni modo è certo che non sempre c'è pressione positiva e che la capillarità dell'ago usato non è tale da produrre aspirazione. Nella pratica non mi è ancor capitato (da quando uso questa tecnica) di aspirare del sangue: essa invece mi è stata utile quando, facendo delle introduzioni di gas in liquido pleurico, volevo persuadermi di esser realmente nel liquido, come pure per controllarne la natura. Del resto questa tecnica non esclude per sè (in tutti i casi) l'uso del mandrino, ma può servire a sostituire più semplicemente la siringa di sicurezza. L'uso del mandrino può essere (per quanto più raramente) necessario, perchè l'aspirazione prodotta per elasticità di un tubo di gomma non può esser forte come quella prodotta da una siringa e qualche volta (p. es. durante punture esplorative) nemmeno l'aspirazione colla siringa può bastare a disostruire l'ago. Io credo però che l'aspirazione forzata usando la spia di vetro, ci permetta di usare un semplice ago, invece degli aghi a due vie colla siringa di sicurezza, coi quali è più facile spostare l'ago e irritare la pleura, che cioè essa sia una manovra molto utile nella pratica, perchè la tecnica del pneumotorace può migliorare anche semplificandosi.

L'uso del dispositivo sopraindicato mi ha permesso di constatare un fatto che forse non è noto, ma la cui conoscenza può essere molto utile a chi usa apparecchi diversi da pneumotorace, cioè che i valori segnati dal manometro dell'apparecchio Forlanini e da quello del Morelli non sono eguali (non ho confrontato altri apparecchi) e precisamente che la differenza è abbastanza rilevante; cioè quando l'apparecchio del Morelli segna dieci quello del Forlanini segna un po' meno di sei, ciò che dipende dalla diversità di diametro dei rispettivi manometri e che non è indifferente, poichè nell'applicazione del pneumotorace terapeutico è necessario conoscere il rapporto fra gas introdotto e pressione raggiunta.

Arco, dicembre 1924.

IGIENE.

Lo sport, l'età e la salute.

Dott. prof. ANDREA VINAJ.

Tra i fenomeni più caratteristici del secolo nel quale viviamo, dobbiamo senza dubbio annoverare la rinascita degli sport e la loro diffusione fortunata attraverso tutte le classi sociali. Se dovessimo giudicare poi dall'interessamento entusiastico che prende la massa del pubblico alle gare sportive e dalla compartecipazione copiosa e colorita concessa dalla stampa a queste competizioni, noi saremmo autorizzati a ritenere che la nostra generazione viva un periodo felice di intensa e proficua rigenerazione fisica. Ma questa purtroppo è un'opinione destituita di fondamento od almeno assai esagerata! Se come medici noi studiamo obbiettivamente la questione basandoci sui dati inconfutabili che ci provengono dalla pratica della nostra arte, non tarderemo a convincerci che il battere dei *records* non è mai stato e non sarà mai un sinonimo di buona salute. A troppi medici è accaduto di dovere seguire e curare, durante la loro carriera, dei campioni specializzati in qualche branca dello sport, che presentavano manifestazioni morbose a carico ora dell'apparecchio circolatorio ora di quello polmonare, tali che in breve furono tratti a morte. Non mi soffermerò su questi casi dolorosi e frequenti di colossi, minati insospettatamente nelle loro più delicate fibre e diffusamente illustrate dal Wan-Pee, l'accenno che ne faccio ha lo scopo di chiarire meglio il concetto che lo sport non può essere più, alla nostra epoca, interpetrato come « la cultura dello sforzo personale intensivo arrivante sino al rischio ». Questa scultorea definizione di Coubertin, per le influenze avvenire dell'arte sanitaria nel vasto campo della coltura fisica, dovrà modificarsi sotto una forma più umanamente e scientificamente felice. Lo sport moderno che si vuol oggi correggere con una propaganda sana basata sugli insegnamenti fisiopatologici, conduce alla forma che è lo stato passeggero nel quale l'individuo con un regime rigoroso di vita e di allenamento raggiunge il massimo della sua efficenza fisica. Limitare a ciò l'ideale sportivo mi pare sia immiserire singolarmente il valore sociale dello sport.

Gli sport rappresentano in molti casi uno snobismo speciale, talvolta una particolare manifestazione della vanità e dei nostri istinti brutali, dannosi per il fine ultimo che essi debbono avere di educazione e di rigenerazione della razza, nello stesso modo che una troppo limitata specializzazione in un dato sport è contraria alla sana concezione della bellezza fisica e dell'armonia funzionale.

Se si vuole che gli sport contribuiscano a migliorare fisicamente e moralmente la razza, ci si deve ispirare ai concetti della fisiologia e della patologia e della eugenetica, si deve dare al medico, che solo ne possiede i requisiti, la facoltà di dirigere e sorvegliare quell'ammaestramento fisico razionale che solo può portare a dei risultati positivi. Ed il prof. Mangiagalli ha ben dimostrato di comprendere questo problema e l'alta sua importanza istituendo presso la nuova Università milanese, come primo passo verso una più completa soluzione, la cattedra di eugenetica. La condizione ideale per avvicinarsi a questa perfezione fisica si deve realizzare usando l' espressione del belga Ledent, con un insieme di norme igieniche di coltura fisica che assicurino l'equilibrio della nutrizione e della salute. In un buon programma di educazione fisica bisogna poi fare intervenire lo sport e considerarlo come l'insegnamento superiore del muscolo. Viene di conseguenza a comprendersi come per raggiungere questo perfezionamento superiore sportivo, si debba passare progressivamente per la trafila di un insegnamento ginnastico pedagogico più semplice inteso a sviluppare, non una singola personale attitudine, ma tutto il sistema muscolare e tutto un complesso di funzionalità organiche che formeranno il substrato indispensabile per la specializzazione sportiva.

L'educazione fisica sotto forma di movimenti ritmici e di ginnastica iniziato sin dall'infanzia, sotto le direttive del medico il quale per le sue cognizioni e per il suo spirito analitico è in grado di apprezzare nel suo giusto valore le eventuali imperfezioni e la resistenza del fanciullo, potrà efficacemente combattere la facile tendenza dell'infanzia alle deformazioni ossee ed alle ptosi viscerali, conseguenza di posizioni viziate e debolezza organica. Con pochi movimenti fondamentali, espressione della classica ginnastica di Ling, eseguiti correttamente ogni giorno, accompagnati da una adeguata ginnastica respiratoria, sarà possibile raggiungere dei risultati igienici completi tali che applicando il metodo su larga scala si potrebbe conseguire realmente un beneficio sociale di grandissima importanza.

A giudizio nostro una delle cause principali del fallimento della ginnastica scolastica praticata sinora da noi e che oggi si tenta di modernizzare con opportune riforme, sta appunto nel fatto che questa pratica di alto valore igienico e sociale veniva compiuta nella maggior parte dei casi al di fuori di qualsiasi norma sanitaria od almeno fisiologica. Riteniamo perciò indispensabile, per ritrarre con le nuove riforme il mas-

simo rendimento a vantaggio della salute, che nella nuova organizzazione che per opera dell'Enef si sta compulsando, sia dato il posto che gli spetta al medico in generale ed al medico scolastico in particolare.

Una stretta collaborazione fra insegnante e medici libererà lo sport dall'empirismo e dal pericolo, orientandolo verso una meta assai più elevata, quella di assicurare a tutti il conseguimento della forza e della salute. Quest'auspicata cooperazione risulterà anche al profano tanto più necessaria quand'esso conoscerà le benefiche influenze che lo sport può esercitare sul corpo umano. Il Lorentz, richiamando l'attenzione su queste influenze, definisce lo sport come quel complesso di movimenti che intenzionalmente e per mezzo di esercizi sistematici ha lo scopo di sviluppare tutto il corpo, o qualche suo organo o funzione, non escluse quelle mentali.

Lo stretto rapporto che intercede tra il fisico e lo spirito, e l'influenza che il primo esercita sul secondo, ci fa pensare con meraviglia come mai, in un epoca come la nostra, nella quale le questioni igieniche tengono un così alto posto, la pedagogia moderna abbia trascurata quasi totalmente la coltura fisica.

Fra gli organi che dalla ginnastica traggono maggior giovamento dobbiamo accennare innanzitutto al cuore. E la prova di questo fatto noi la possiamo trarre con Lorentz dal raffronto del cuore di un animale domestico e di un animale selvatico, per quest'ultimo la proporzione del peso del cuore rispetto al peso totale del corpo è assai più elevato, nel maiale 4 o 5 per mille, nel capriolo 12 per mille, nell'uomo da 3.5 per mille al 5 per mille.

Occorrerà pensare adunque ad allenare il cuore con esercizi adatti sin dall'epoca dello sviluppo, un'ora al giorno di esercizio fisico, in cui non manchi la corsa, sarà necessario e salutare ai giovani della prima età. Il medico potrà poi controllare la sufficienza o meno del cuore durante l'esercizio fisico col metodo di Fabre dell'oscillometria, cioè colla ricerca della variazione della pressione arteriosa massima o minima, durante o dopo l'esercizio. L'appiattimento della curva e la caduta della pressione massima (segno d'allarme) costituiscono le caratteristiche dell'indagine.

Strettamente legato allo sviluppo del cuore sta quello dei polmoni, al quale poi è connesso lo sviluppo di tutto l'apparato respiratorio attivo, quello dei nervi, dei muscoli, delle articolazioni, ecc.

All'inizio di ogni lavoro muscolare senza allenamento una vera ondata di acido carbonico invade l'organismo e si incorpora con l'aria espirata; dopo 3 o 4 m' solamente si organizza un regime di eliminazione proporzionale all'intensità del lavoro ed allo stato di allenamento (Bogey). Da ciò la necessità di iniziare lentamente qualsiasi lavoro, allo scopo di evitare l'eccesso di acido carbonico, che si manifesta coll'ansamento e talora con disturbi riflessi di inibizione cardiaca.

Per il normale sviluppo dell'apparato respiratorio nessun esercizio è più adatto della corsa, la quale ha pure il vantaggio di poter essere compiuta ovunque e facilmente di essere uno dei movimenti più naturali del corpo, purtroppo, data la facilità di applicazione, quasi mai essa viene eseguita a dovere secondo le leggi della fisiologia.

Così pure dallo sport traggono beneficio l'apparato locomotore e digestivo, nè minor vantaggio la pelle ed il sangue.

Una delle condizioni necessarie alla buona riuscita dell'educazione fisica in generale, sta anche nel fatto che gli sports prescelti interessino l'individuo che li pratica e che inoltre essi richiedano la compartecipazione della mente, in modo da portare anche un perfezionamento nelle facoltà intellettive.

Con la migliorata sanguificazione, con l'eccitamento del ricambio, col rinvigorimento di tutto l'organismo, deve procedere parallelamente lo sviluppo del cervello nelle sue molteplici estrinsecazioni.

Ed ora si affaccia il secondo importantissimo problema, quello dell'applicazione dello sport secondo l'età dell'individuo. Per età sopratutto non dobbiamo solamente intendere l'indice che ci porta il certificato di nascita, ma anche e sopratutto le condizioni fisiologiche nelle quali si trovano i nostri tessuti e le nostre funzioni. Così Ledent stabilisce l'età del fanciullo e dell'adolescente dallo stato di sviluppo fisiologico dei vari organi, ed in generale dalle diverse manifestazioni della crescita.

Per i fanciulli e gli adolescenti invigilando la normale evoluzione della crescenza, attenderemo il raggiungimento del pieno sviluppo degli organi per autorizzarli alla pratica degli sport secondo una logica legge di progressione.

L'adulto invece per poter essere autorizzato a fare dello sport, basta che sia normalmente costituito nei suoi diversi organi e presenti un regolare equilibrio delle sue energie funzionali.

Per le precedenti considerazioni adunque deriva che dagli sport dovrebbero essere esclusi i giovani al disotto di 16-18 anni. Per essi ci si dovrà limitare ad esercizi di ginnastica pedagogica, per passare, dopo un adeguato periodo di preparazione, agli esercizi sportivi educativi. È in questo periodo della vita sopratutto che l'in-

tervento del medico appare indispensabile, dato che i migliori metodi fisico-educativi non possono riuscire efficaci che alla condizione che essi siano adattati allo stato ed all'età del fanciullo. La determinazione di questo stato dovrà dunque precedere qualsiasi tentativo di educazione fisica. Come al medico appartiene questa determinazione preziosa e prudente, così pure incombe l'onere del controllo dello sviluppo del fanciullo, essendo questo il solo mezzo per precisare il valore del metodo educativo seguito.

Raggiunta l'epoca della pubertà, verso i 17-18 anni, si può passare ad esercizi che richiedano un'esteriorizzazione della forza neuro-muscolare e perciò gli sport a massimo rendimento.

Purtroppo questi concetti che non sono solo l'espressione di un rigorismo scientifico, ma che ci provengono in realtà da grandi maestri di educazione fisica, quali furono i Greci, sono assai male seguiti dalla massa della gioventù ed anche peggio e più colposamente incompresi dai parenti stessi che dovrebbero essere i primi ad opporsi agli sforzi esagerati e nocivi dei loro figlioli.

Così, per esempio, concedendo ai fanciulli di 10-13 anni il gioco libero del pallone a calcio, si possono dare loro anche le prime istruzioni sul lancio, sulla direzione e sul passo; ma occorrerà attendere i 14 anni ad istruirli sulle norme fondamentali del gioco con la concessione di qualche breve partita. Solamente verso i 17 o 18 anni si potranno ammettere all'allenamento razionale, dato che la gara di Foot-ball è una prova assai dura per l'intossicazione muscolare progressiva che provoca la durata e la violenza del gioco.

Per noi adunque, medici e uomini di sport, apparirà come un assurdo o meglio ancora come un atto di insana ignoranza l'entusiasmo di alcuni genitori verso i successi sportivi dei loro fanciulli, perchè al di là del piccolo successo di vanità intravvediamo lo sforzo fisico e psichico esagerato, la emozione intensa che si sono imposti a degli organismi non preparati fisiologicamente a compierli.

La pratica dello sport può essere proficuamente continuata anche oltre il periodo della gioventù, modificandola adeguatamente.

Così verso i 35 anni bisognerà cominciare a limitare lo sforzo muscolare, riducendo lo sport ad un esercizio regolare di allenamento, adatto all'organismo che ha sorpassato il livello della massima sua efficenza, per avviarsi verso il lento graduale decadimento fisiologico.

Da questa età debbono essere banditi tutti gli sforzi esagerati ed improvvisi delle competizioni sportive, specialmente se non sono precedute da un metodico allenamento.

Gli sport di conservazione, più confacenti all'età matura dell'uomo, sono da ritenersi quelli di facile adattamento al temperamento ed alle condizioni fisiologiche dell'individuo e cioè il nuoto, il remo, il tennis, la scherma, il golf, ecc.

Anche in rapporto a questa scelta tanto per gli adulti che per i giovani il medico dovrà essere sempre in grado, dopo un accurato esame delle funzionalità cardiaco-polmonare e neuro-muscolare del soggetto, di dare il suo parere ed il suo indirizzo preciso d'orientamento sportivo.

Così si dovrà piuttosto consigliare agli uomini di studio o di affari, agli intellettuali in genere uno sport muscolare automatico quale la marcia, il remo, il nuoto, il ciclo; al lavoratore manuale, invece, uno sport che possa riuscire correttivo delle attitudini professionali, da compiersi in piena aria e che richieda attenzione e raziocinio, così il salto, il pallone, il tiro, il lancio del disco, ecc.

Ma per raggiungere ciò bisognerà vincere le resistenze offerte dai singoli individui, che a seconda delle loro attitudini professionali saranno tratti ad un genere sportivo piuttosto che ad un altro. E nemmeno bisognerà essere troppo assoluti, dato che lo sport, e tutti i mezzi di coltura fisica, perchè possano essere proficuamente seguiti come un complemento importante delle nostre attività vitali, devono anzitutto riuscire graditi a chi li deve compiere.

A torto perciò io ritengo che si incolpi, per lo sforzo nervoso che richiedono, la scherma, il tennis, il golf e che se ne critichi la pratica nelle classi più elevate, perchè dal punto di vista fisiologico è spiegabile che l'intellettuale sia piuttosto attratto verso uno sport ove egli possa anche applicare le sue facoltà psicomotrici, mentre il lavoratore ed il manuale inclinino verso uno sport che richieda piuttosto l'estrinsecazione di uno sforzo muscolare.

Non solo all'età dunque, ma anche allo stato spirituale dell'individuo, devono così orientarsi i vari generi degli sport di sviluppo, di allenamento e di conservazione.

Chiudo questa breve nota intesa ad una doverosa valorizzazione degli sport secondo la visione del medico, dicendo che una coltura fisica ben intesa e ben organizzata indirizza l'uomo verso una vita migliore per il benefico influsso che riflette sulla sua attività fisica e sulla sua evoluzione psichica.

Essa ha perciò un compito che si eleva al disopra delle competizioni sportive per assurgere verso l'orizzonte dei problemi sociali.

SUNTI E RASSEGNE.

NEUROLOGIA.

La contrattura piramidale ed i suoi rapporti con le altre contratture.

(Ch. Foix et J. A. Chavany. *Presse Médicale*, numero 60, 1924).

I recenti lavori sulla patologia della via estrapiramidale, la rigidità decerebrata, l'automatismo midollare, la separazione fatta da Babinski della contrattura in flessione e della contrattura in estensione, hanno dato delle nuove basi alla fisiologia patologica della contrattura piramidale. Gli AA. studiano successivamente: gli aspetti clinici della contrattura piramidale, i suoi rapporti con le altre contratture, e infine la difficile questione della patogenesi.

1) *La contrattura piramidale.* L'aspetto è classicamente noto: nell'arto superiore mano chiusa, pollice in adduzione ed opposizione, avambraccio flesso e prono, braccio in abduzione leggera con rotazione interna, la spalla ora bassa, ora alta; nell'arto inferiore le dita flesse tranne l'alluce, il piede in estensione con leggera rotazione interna, la gamba estesa sulla coscia. Se si approfondisce l'esame dell'aspetto topografico della contrattura p. in un emiplegico si constata che *essa predomina nei gruppi muscolari che sono più sottoposti alla motilità volontaria, e per ciò al fascio piramidale*, mentre altri funzionano in maniera quasi subcosciente e spesso riflessa, come i muscoli della statica (collo, tronco), i muscoli della vita vegetativa, come il diaframma, e i muscoli dell'addome concorrenti alle due funzioni. Anche negli arti una tale distinzione si impone: in quello inferiore i muscoli delle cinture esercitano una funzione statica sovratutto, e i muscoli flessori dorsali del piede sono meno sottoposti alla motilità volontaria del tricipite surale che serve, nel salto, allo sforzo di proiezione; nell'arto superiore i flessori delle dita sono agenti volontari principali rispetto agli estensori, muscoli di sostegno, e così pure i flessori del pugno, i palmari in confronto ai radiali. Nell'insieme, poi i muscoli dell'arto superiore sono più volontari, o se si vuole meno automatici, di quelli dell'arto inferiore. Ciò spiega la minore intensità della contrattura nell'arto inferiore, che però si accentua nelle azioni di insieme, come la marcia, perchè le azioni toniche e sincinetiche sono allora preponderanti, e la minore intensità iniziale della contrattura è messa più in evidenza dalla sincinesia globale.

L'integrità relativa della faccia, nonostante la complessità dei movimenti, si spiega col fatto che i muscoli della mimica agiscono prevalentemente in maniera riflessa, e sincinetica, e solo raramente in maniera isolata, volitiva. Essi sono più colpiti in alcune forme di rigidità, che come la parkinsoniana, hanno una topografia quasi inversa alla precedente.

Se si confronta la topografia della contrattura con quella della paralisi, facendo astrazione dal fatto che non si può parlare propriamente di paralisi di gruppo muscolare, ma di paralisi per ciascun muscolo delle azioni volontarie con conservazione delle azioni sincinetiche, si osserva che: *a*) la topografia della paralisi si confonde in una certa misura con quella della contrattura, essendo i muscoli della statica, della mimica, della vita vegetativa in parte rispettati; *b*) questa concordanza non è tuttavia assoluta, perchè la contrattura colpisce tanto più un muscolo quanto più esso è strettamente volontario, e la paralisi colpisce le azioni volontarie propriamente dette tanto più profondamente quanto più esse sono non abituali, donde una dissociazione apparente dei due fenomeni in alcuni gruppi muscolari, dei quali il più contratturato non è il più paralizzato. La contrattura piramidale è poco accentuata dai movimenti intenzionali: nell'arto inferiore, dove è più notevole (marcia, ecc.), ciò è dovuto all'azione del meccanismo normale della statica, e anche, in parte, all'esagerazione della sincinesià di sforzo. Non è dunque la c. p. una contrattura intenzionale, al contrario di alcune varietà di contratture che saranno esaminate.

Per ciò che riguarda i *riflessi*, quelli *cutanei*, che sono in genere aboliti o almeno indeboliti nei piramidali, e i *riflessi di automatismo*, detti anche *di dfesa*, i quali sono quasi sempre esagerati, non hanno una grande importanza nella morfologia della contrattura piramidale. I *riflessi tendinei*, invece, mostrano sia per la diminuzione, sia per l'aumento, una concordanza relativa con l'intensità della contrattura, tanto da rendere verosimile l'ipotesi che i due fenomeni siano legati ad una stessa causa. I *riflessi di posizione* (posture), consistenti nell'attitudine dei muscoli di una data articolazione a fissare una posizione articolare, passivamente imposta, con uno stato di contrazione tonica, sono in genere aboliti o indeboliti, ponendo così in evidenza uno dei caratteri clinici più importanti della contrattura piramidale: *l'assenza di plasticità*.

Fra le varie forme di motilità sincinetica la *sincinesia d'imitazione* e la *sincinesia coreiforme* non si mostrano in relazione con la contrattura piramidale, ed appaiono sopra tutto nelle lesioni dei nuclei grigi centrali. Le *sincinesie di coordi-*

nazione sono esagerate negli emiplegici, ma non hanno rapporto con la topografia e l'aspetto della contrattura piramidale. Con questa sembra avere legami profondi la *sincinesia globale*, tanto che qualche autore ammette la possibilità che la contrattura non sia che una sincinesia globale fissata. In verità la sincinesia globale, come appare nei soggetti normali, dipende dal *tono d'azione*: è una manifestazione, cioè, del rinforzo tonico prodotto dall'azione.

Nell'esame dei rapporti della c. p. con le altre contratture gli AA. trascurano le pseudocontratture per retrazione, per miosclerosi, per ischemia; le contratture riflesse fisiopatiche ed isteriche, per lesioni del sistema nervoso periferico; le contratture in relazione con le meningiti e con alcuni tumori cerebrali e midollari; le contratture del tetano della tetania, dell'avvelenamento da stricnina, e considerano le *contratture estrapiramidali* propriamente dette, e la *contrattura in flessione*.

Contratture estrapiramidali. — Possono essere distinte in permanenti, e variabili o meglio intenzionali. Fra le prime va compresa la rigidità detta *decerebrata*, descritta da Sherringthon nell'animale sottoposto alla transezione mesocefalica, ed osservata poi nell'uomo. Essa determina negli arti superiori una estensione con pronazione, spesso forzata, molto diversa dalla flessione con pronazione leggera degli emiplegici; negli arti inferiori estensione con rotazione interna e adduzione del piede, e posizione variabile delle dita; e infine iperestensione della testa variamente inclinata, se la sindrome è unilaterale. Questa contrattura ha tendenza ad aumentare di intensità ad accessi, come non si vede nella c. emiplegica isolata. I riflessi tendinei non sono costantemente esagerati, ed il plantare è ora in estensione, ora in flessione. L'anatomia patologica nei casi sicuri mostra delle lesioni a topografia sempre uguale nella regione peduncolo-sotto-ottica. Anche i dati sperimentali, infine, concordano nello stabilire la natura in massima parte estrapiramidale della rigidità decerebrata. La *rigidità parkinsoniana* costituisce un secondo tipo di queste contratture, ed ha una topografia che è in contrasto con quella piramidale, perchè predomina nei muscoli abitualmente risparmiati da questa ultima, cioè in quelli dell'atteggiamento, e della mimica, ed inoltre ha un carattere di plasticità, con aumento dei riflessi di posizione. I muscoli hanno un rilievo ben conservato, con aspetto di contrattura volontaria, e presentano una reazione elettrica a tendenza miotonica. I movimenti intenzionali attenuano la contrattura, ma ripetendosi la esagerano al punto che il malato si trova come bloccato.

Un terzo tipo di contrattura estrapiramidale permanente, caratterizzata da forte estensione predominante nella faccia e negli arti inferiori, da contrattura intenzionale e da *sintonia d'automatismo* (esagerazione della contrattura nei tentativi di marcia), intensità dei riflessi di posizione e della plasticità minore rispetto alla rigidità parkinsoniana, si differenzia dalla rigidità decerebrata e parkinsoniana, e corrisponde ai casi descritti col nome di *rigidità pallidale*.

Contrattura intenzionale. — Si osserva specialmente nella coreo-atetosi, e nelle sindromi Wilsoniane. A carico della faccia, sovratutto durante la pronuncia delle parole, si notano lineamenti incavati, smorfie, chiusure delle palpebre a metà, incurvamento della bocca, tensione delle fibre del pellicciaio. La parola diviene disartrica, interrotta. A carico delle membra la c. i. si manifesta nei movimenti spontanei o comandati, che modifica variamente, da una difficoltà lieve alle attitudini anormali fino a determinare un aspetto di pseudo-asinergia cerebellare. A carico del tronco può manifestarsi la peculiare deformazione descritta col nome di *disbasia lordotica*, o di *spasmo di torsione*, nella stazione eretta o nel cammino. La contrattura intenzionale appare dunque come uno spasmo variabile che può prodursi su un fondo di contrattura permanente, o di tono normale o di ipotonia, costituendo delle sindromi iper-ipotoniche spesso difficili a classificare. Alcuni fenomeni che spesso vi si associano ne rendono difficile il riconoscimento: tali sono *l'impossibilità della inibizione volontaria della ipertonia* che rende impossibili i movimenti, e la *perseverazione tonica da miotonia* che appare come una modificazione della contrazione muscolare volontaria, mentre la contrattura intenzionale è una esagerazione del tono di sostegno.

Contrattura in flessione. — È in rapporto sopratutto con le lesioni midollari sebbene possa eccezionalmente comparire in seguito a lesioni cerebrali. In essa, a differenza della contrattura in estensione, i riflessi tendinei sono deboli o aboliti, mentre compare una esagerazione considerevole dei riflessi d'automatismo, detti di difesa. Si tratta di una contrattura d'automatismo midollare, dovuta alla liberazione del midollo non solo dell'azione del fascio piramidale, ma anche delle vie motrici extrapiramidali.

Contrattura iperspastica. — Un breve cenno merita questa contrattura in estensione con riflessi tendinei vivaci, con esagerazione notevole dei riflessi d'automatismo, e con frequenti spasmi tonici di estensione. Le lesioni piramidali

pure non possono essere la causa di questa varietà di contrattura che deve essere legata anche ad alterazione delle vie extrapiramidali.

Diagnosi di sede delle varie contratture. — Sindromi lenticolari. — In esse si riscontra principalmente la contrattura intenzionale e la rigidità detta pallidale, frequentemente i segni della serie parkinsoniana, mai la rigidità decerebrata. Così nei casi di *atetosi doppia* predomina la c. intenzionale, e nei *pseudo-bulbari* la rigidità, quando esiste, è del tipo pallidale, che talvolta è associata a fenomeni di flaccidità, per diffusione delle lesioni verso le regioni prossime. Nella *malattia di Wilson* predomina la contrattura intenzionale su di un fondo di rigidità pallidale, e con una lieve tinta di parkinsonismo.

Sindromi talamo-sotto-talamiche. — La difficoltà di sceverarle impone di riunirle in un solo gruppo. Il tipo più abituale è rappresentato da un complesso di contrattura piramidale, di contrattura intenzionale, e di rigidità decerebrata tipo Wilson, e il tipo più completo riunisce i quattro ordini di sintomi: piramidali, decerebrati, intenzionali e coreo-atetosici, cerebellari. La stessa complessità caratterizza l'incoordinazione talamica nei suoi elementi costitutivi: l'atassia, da lesione della via sensitiva, l'asinergia, da lesione della via cerebellare, la contrattura intenzionale con tendenza coreo-atetosica, da lesione delle vie extra-piramidali.

Sindromi mesencefaliche. — Riappaiono qui, accanto alla contrattura piramidale e alla rigidità decerebrata, il tremore e la rigidità parkinsoniano. Sembra che possa osservarsi anche la contrattura intenzionale, e di tanto in tanto i grandi movimenti coreici con tendenza alla iperpronazione.

Emiplegia cerebrale infantile; Little; Contratture ritmiche. — Nella em. cer. inf. si possono osservare tutti i tipi di contrattura, in rapporto alla diffusione delle lesioni: generalmente si distingue il tipo con predominio piramidale che presenta l'aspetto di una emiplegia banale, e quello con predominio extrapiramidale con tutte le varietà di contrattura intenzionale, di rigidità decerebrata ecc., associate ai segni piramidali. Anche la sindrome complessa descritta col nome di Little, in cui i fenomeni d'automatismo sono molto sviluppati, in cui l'atteggiamento in flessione deve ravvicinarsi alle contratture in flessione di origine cerebrale, è verosimilmente dipendente da lesioni delle vie piramidali ed extrapiramidali. Le *contratture ritmiche* sono spesso confuse con il gruppo delle emicoree ed emiatetosi, da cui si differenziano perchè sono fenomeni eccito-motori che si producono quasi sempre su di un fondo di contrattura, simili ai *movimenti bradicinetici* osservati nell'encefalite epidemica, e che spesso riproducono gli atteggiamenti in rotazione esterna con iperpronazione della rigidità decerebrata. Si osservano con frequenza nelle sindromi talamo-sottotalamiche, e nelle lesioni mesencefaliche, come nella sindrome di Benedikt.

Sindromi midollari. — Le varietà di contrattura che si osservano sono generalmente la c. piramidale tipica, la c. in flessione, la c. iperspastica. Un'altra varietà è la contrattura degli arti superiori osservati nella siringomielia, specialmente nella forma spastica, che si accompagna con una contrattura in estensione, quasi inversa alla contrattura piramidale, che Babinski attribuisce a una irritazione delle corna anteriori.

Patogenesi. — Le questioni del tono, della contrattura, della contrazione volontaria, hanno suscitato recentemente discussioni importanti. Alcuni autori attribuiscono la contrazione tonica al simpatico, e la contrazione volontaria al sistema cerebro-spinale propriamente detto, basandosi sulla dimostrazione di fibre simpatiche amieliniche nei muscoli (Perroncito, Bolke), e sulla struttura dei muscoli striati ammessa da Bottazzi (sarcoplasma considerato muscolo liscio, tonico, e miofibrille destinate alla contrazione volontaria). Senza approfondire questi problemi generali si può dire che l'azione tonica di origine simpatica esiste, ma non è la sola, e che bisogna attribuire anche alle miofibrille una parte determinante del tono e delle contratture.

La maggioranza degli autori accetta oggi, per la patogenesi della contrattura piramidale, *la teoria della liberazione*, per soppressione di un'azione inibitrice sui centri delle azioni toniche, di cui la clinica mostra la estrema complessità, e la dipendenza in parte dalla vita vegetativa e in parte dalla vita di relazione. I vari centri appaiono come sovrapposti nel nevrasse, ognuno con una particolare azione tonica (secondo Grasset: un centro *corticale* con un arco riflesso sensitivo piramidale; un centro *basilare* con un arco cerebello-mesencefalico; un centro *midollare*, il più semplice). La contrattura piramidale presenta la propria fisionomia speciale in quanto la liberazione tonica di questi centri si manifesta nella misura e nella forma con cui l'azione piramidale si esercita normalmente su di essi. Però occorre ammettere, per la spiegazione di tutti i fatti, accanto ai fenomeni di liberazione delle azioni di irritazione, o di eccitamento.

Infine lo studio dei vari caratteri della contrattura piramidale, anche in rapporto ai fenomeni elettromiografici, induce a ritenere, circa le varie

forme di rigidità, che non esiste una differenza qualitativa nella ripartizione degli elementi della contrattura, ma solo quantitativa. Tuttavia la dimostrazione della inesistenza di differenza qualitativa non è ancora decisamente raggiunta, e merita di essere perseguita.

A. PICCINELLI.

Disartrie, afasie, disfasie.

(FROMENT. *Journal de Médicine de Lyon*, 20 giugno 1924).

La disartria è la conseguenza di una paralisi, d'un'atassia, o di un disturbo cerebellare dei muscoli della fonazione.

L'articolazione della parola che implica una serie di contrazioni sinergiche e successive è alterata sia per un disturbo della coordinazione, sia per deficienza di uno degli organi che vi prendono parte (lingua, labbra, velopendolo).

Così definita la disartria non sembra a prima vista diversa dall'afasia se non per grado In effetti le prove che comunemente si fanno per svelare una disartria non permettono di distinguere nel disturbo stesso se si tratta di un'alterazione puramente motoria o un difetto intellettuale.

Ascoltando una o più parole mal pronunziate non si può subito comprendere se sono male articolate o se è la mente del soggetto che le deforma.

Le parole di prova (artigliere, artiglieria, circoscrizione circondariale, ecc.) abitualmente adoperate, non bastano a provare la disartria. L'alterazione di dette parole nei paralitici progressivi consiste nella interpolazione, omissione, confusione, o ripetizione di sillabe, e rivela in realtà difetti di attenzione e di memoria. In questi pazienti l'elemento disartrico consiste nel carattere impreciso, tremolante che il labiospasmo imprime all'atto articolare. L'alterazione essenziale sta nel fatto che le parole, e quelle di prova sono in genere lunghe e non abituali, sono mal ritenute, incorrettamente rievocate e quindi mal pronunziate. Tanto è vero che le stesse parole quando sono lette, sono pronunziate molto meglio. Quindi quel che è messo a prova in sì fatti esami è l'attenzione e la memoria più che l'apparato articolare.

L'alterazione di questo meccanismo si prova meglio con l'emissione di parole note e spesso adoperate, meglio ancora con la lettura ad alta voce. Si nota allora che il disartrico non intoppa mai sulle parole, ma su uno o parecchi suoni o gruppi di fonemi; che il disturbo scompare o si attenua nella parola lenta e applicata, si accentua nella parola rapida e poco sorvegliata.

Nel disartrico le parole possono essere tutte pronunziate più o meno correttamente secondo le circostanze, solo nella paralisi glosso-labio-laringea nello stadio avanzato, il linguaggio può mancare del tutto. Ma anche in questo caso l'impossibilità di emettere distintamente nessuna parola stabilisce una distinzione netta con l'afasia motrice. In effetti l'afasico motore ha sempre a sua disposizione qualche parola o frase, la cui pronuncia è rapida, facile, corretta.

L'alterazione del linguaggio che caratterizza l'afasia è in rapporto ad un'amnesia delle parole, che s'accompagna ad un deficit intellettuale, mentre il meccanismo articolare è del tutto indenne.

Quest'amnesia verbale può presentare varî gradi:

1) Disturbo leggero d'evocazione verbale che ricorda, almeno per i nomi proprî, quella che si verifica spesso anche nei normali (afasia amnesica);

2) Disturbo più profondo dell'evocazione verbale senza disturbo marcato del riconoscimento: allorchè il malato sente la parola che cerca invano, la riconosce, la comprende, ma la dimentica subito e spesso non è in grado di ripeterla (afasia d'espressione detta motrice);

3) Disturbo ancora più profondo della memoria verbale, riguardante sopratutto il riconoscimento delle parole e con mancanza di controllo dell'evocazione verbale donde gergoafasia (afasia di comprensione detta sensoriale).

L'amnesia verbale può estrinsecarsi nelle tre sindromi seguenti, alle quali in pratica si possono riferire tutte le afasie.

L'afasia di comprensione o sensoriale (tipo Wernicke) corrispondente ad una lesione della piega curva e della parte posteriore delle due circonvoluzioni temporali si estrinseca con una logorrea indecifrabile, gergoafasia, parafasia, incapacità di comprendere il linguaggio orale (sordità verbale) ed il linguaggio scritto (cecità verbale), deficienza psichica.

L'afasia d'espressione o motrice (tipo Broca) corrispondente ad una lesione di una zona ancora in discussione (piede della terza frontale o regione lenticolare) si estrinseca con la riduzione della facoltà di parlare e scrivere soltanto a qualche parola; la parola ripetuta è alterata presso a poco come la spontanea; ma nel canto, nelle preghiere, nei giuramenti il vocabolario è sensibilmente più esteso. La comprensione del linguaggio orale è quasi del tutto integra, solo gli ordini complessi sono male eseguiti perchè mal compresi o mal ritenuti. Viceversa quasi sempre è compromessa la comprensione del linguaggio scritto.

L'afasia motrice pura detta anche *afemia* o *anartria* si distingue dalla precedente per i seguenti caratteri: mancanza di qualsiasi disturbo della comprensione, assenza d'agrafia; possibilità da parte del malato di indicare senza errore il numero delle sillabe e delle lettere della parola che non può pronunziare.

A differenza di quanto avviene nelle disartrie, nelle afasie motorie il meccanismo articolare non è affatto compromesso; si tratta di un difetto della memoria delle parole. Queste infatti risultano di due elementi, il ricordo dell'insieme dei suoni che costituiscono la parola (immagine uditiva verbale) ed il ricordo del suo aspetto visivo (immagine visiva verbale).

Sembra che tanto nell'afasia di espressione o motrice come in quella di comprensione o sensoriale siano sempre in causa i ricordi uditivi e visivi. Ma mentre nell'afasia di comprensione v'è amnesia con disordini del riconoscimento, in quella di espressione il disturbo riguarda quasi sempre la rievocazione. L'impossibilità di invocare l'immagine verbale determina l'agrafia e l'impossibilità di rievocare l'immagine uditiva conduce all'incapacità di parlare.

Nell'afasia motrice pura detta anartria la nozione della parola non è indenne, ma solo parzialmente conservata o recuperata, l'immagine verbale può essere rievocata, il che permette al malato di scrivere o di indicare senza errore il numero delle sillabe o delle lettere delle parole che non può pronunziare (segno di Pronst-Lichtheim-Déjerine), ma sussiste il disturbo della rievocazione dell'immagine uditiva verbale, il che impedisce al soggetto di parlare.

Le disfasie (balbuzie, tartagliamento, ecc.), hanno analogie con la disartria e non con l'afasia, perchè è in causa l'atto articolare e non la memoria verbale. Tuttavia si tratta di una diversa alterazione del meccanismo articolare, trattandosi di uno spasmo di natura organica o funzionale che si oppone intermittentemente al regolare funzionamento del meccanismo del linguaggio.

Le disfasie sono state attribuite a malformazioni diverse del canale vocale, a lesioni materiali del sistema nervoso centrale o periferico, a disturbi funzionali analoghi a quelli della corea, a spasmi, mioclonie, crampi (insufficienza o incoordinazione) dell'apparato respiratorio, a disturbi psicopatici comparabili ai tics.

Meige, che sulle disfasie ha fatto studi molto accurati, le attribuisce a perturbazioni congenite o acquisite del sistema striato, tenendo conto dei sintomi che le accompagnano (contrazioni intempestive della muscolatura facciale, contorcimento o dondolamento del tronco, movimenti coreiformi o atetosiformi, gesti stereotipici di difesa) nonchè alla circostanza che le emozioni aggravano il disturbo.

Froment però ritiene che vi sono disfasie puramente nevrotiche con perturbazione ed inibizione dell'automatismo articolare e respiratorio, distinte da quelle che derivano da un disordine del sistema striato e distinte anche dalla balbuzie pitiatica.

DR.

SISTEMA SCHELETRICO.

Rachitismo.

(*Journal of Am. Med. Ass.*, novembre 8, 1924).

Nuovi segni clinici di rachitismo iniziale. — La prevalenza di rachitismo mite sul litorale nord-ovest del Pacifico ha indotto U. Moore a ricercare segni clinici precoci della malattia, rilevabili soltanto con un esame molto accurato di ogni bambino a intervalli frequenti.

La testa e il torace, le dimensioni dei quali subiscono un accrescimento di circa il 20 % nei primi quattro mesi di vita extrauterina, forniscono i primi segni scheletrici dell'affezione. Nella seconda metà del primo anno la testa cresce relativamente poco, e ciò è contrassegnato da un periodo di guarigione. La craniotabe fu riscontrata dall'A. nel 60 % dei bambini nati in inverno.

Al rammollimento delle ossa craniche (occipitale e parietali) si associano bozze parietali palpabili e appiattimento delle parti posteriori o posterolaterali della testa. La fontanella mastoidea è la prima a rammollirsi e l'ultima a indurire.

La forma del torace normale, alla nascita, è quasi circolare in un piano che passi per la giuntura costo-condrale della V costa; dopo poche settimane si trovano alterazioni patologiche, indici di rachitismo, di questa forma che diviene quadrata, triangolare o ovale.

La costomalacia, specialmente dell'estremità sternale dalla terza alla sesta costa, appare durante i primi quattro mesi, ed è un segno clinico importante.

Il ginocchio valgo e il varo sono ambedue preceduti da una motilità laterale abnorme del ginocchio, che è spesso il primo segno di rachitismo delle gambe. La motilità del ginocchio si può misurare approssimativamente con le mani, facendo tenere ferme l'anca e l'estremità inferiore del femore e saggiando i movimenti di lateralità del calcagno, che normalmente non oltrepassano i 3 cm. mentre arrivano talora a 7.6 cm. in casi patologici.

La determinazione della motilità ha valore per la diagnosi perchè rivela l'inizio del ginocchio troppo mobile, precursore del ginocchio varo o

valgo e quindi permette un trattamento preventivo precoce.

È importante per la prognosi perchè nel caso di alterazioni definite del ginocchio aiuta a stabilire l'indicazione di un trattamento radicale; essa permette inoltre di misurare il miglioramento durante la cura.

*
* *

Finalay di Glasgow in una conferenza tenuta in America si occupa dell'*eziologia del rachitismo*.

Il vasto lavoro compiuto sull'argomento in questi ultimi anni ha rivelato vari fattori che influiscono sull'ossificazione (luce solare, esercizio, vitamina X, Ca. e Ph.) ma non ha ancora svelato la vera causa determinante del rachitismo.

La mancanza di esercizio fisico ha la stessa importanza etiologica della luce solare e dell'olio di fegato di merluzzo. I bambini migliorano molto più rapidamente con una cura di massaggio e di esercizio che con qualunque altro mezzo. Il massaggio e l'olio di fegato differiscono nel loro effetto sul rachitico: mentre con il primo il miglioramento clinico è maggiore di quello radiologico, con il secondo si ha il risultato opposto.

La luce solare non è quel potente fattore che alcuni vorrebbero farci credere, e la dieta non ha alcuna influenza sullo sviluppo della malattia. Il metabolismo del calcio — il suo assorbimento, la sua utilizzazione e la sua escrezione — è il nodo della questione.

Perchè un bambino che riceve calcio in abbondanza, e anche in eccesso, deve avere ossa povere di questo elemento? Anderson ha trovato nel rachitismo non complicato a tetania, normale il contenuto calcico del sangue. Si potrebbe ammettere una incapacità dei centri di accrescimento e fissare il calcio, supponendo che manchi un normale ormone fornito dall'interno, o una vitamina proveniente dall'esterno necessari alla normale ossificazione.

Ma date le nostre cognizioni in proposito non possiamo che fare delle ipotesi. L'A. confrontando il potere di assorbimento della cartilagine epifisaria rachitica e normale non ha trovato differenze La chiave del problema è se il calcio è assorbito a sufficienza dall'intestino.

Mentre nel sano l'escrezione del calcio nelle urine è maggiore o minore secondo l'ingestione e quindi secondo l'assorbimento (Telfer), nel rachitico v'è diminuzione dell'escrezione del calcio nelle urine: la ritenzione nel rachitico è minore che nel sano, ma non raggiunge mai un bilancio negativo, cioè escrezione maggiore dell'ingestione.

D'altra parte il contenuto in calcio dei tessuti e organi del rachitico non è deficiente.

Come lo scheletro che cresce ha bisogno di maggior quantità di calcio, così ce ne vuole una maggior quantità per lo sviluppo dei tessuti e dei vari organi. Se v'è deficienza di assorbimento da dove prendono le provviste di calcio i tessuti? La sorgente del loro calcio è quella che viene liberata dalla decalcificazione dell'osso anteriormente formato.

Nel sano, in cui v'è abbondanza di calcio a disposizione, molto del calcio che è liberato dal riassorbimento di ossa preformate è disponibile per i bisogni delle ossa crescenti; nel rachitico, in cui la decalcificazione è per speciali ragioni maggiore, il calcio è utilizzato in prima linea dai vari tessuti, l'attività normale dei quali è di importanza più vitale per l'economia di quella puramente meccanica dello scheletro. Così mentre le ossa divengono sempre più povere di calcio, il contenuto dei tessuti si mantiene a un livello normale.

L'A. con Orr di Baltimora arriva alla conclusione che nel rachitismo vi sia un minor assorbimento del calcio ampiamente disponibile nella dieta. Così soltanto si può spiegare la diminuita ritenzione e la minore escrezione per i reni.

Così si capisce anche perchè i prematuri siano più recettivi al male; essi nascono infatti in *deficit*, poichè il calcio è depositato soltanto negli ultimi tre mesi della vita fetale, e specialmente nel nono mese: il difettoso assorbimento avrà quindi effetti maggiori e più rapidi. Ma la ragione del diminuito assorbimento è ciò che ci sfugge: probabilmente si tratta di una infezione specifica che influenza la reazione del contenuto intestinale.

*
* *

Wyman e Weymuller nel 1923, data la grande frequenza del rachitismo a Boston, organizzarono un ambulatorio speciale per il *trattamento* della malattia *con i raggi ultravioletti*. Dai risultati ottenuti su 86 casi gli AA. sono venuti alle seguenti conclusioni:

1) La necessità di organizzare ambulatori specializzati per la cura del rachitismo nelle città ove la malattia è molto diffusa;

2) Il rachitismo acuto si può curare ambulatoriamente con irradiazioni ultraviolette tre volte la settimana senza altri medicamenti;

3) Associando l'olio di fegato di merluzzo alle irradiazioni, si hanno risultati più rapidi di quelli che si ottengono con ciascuno dei due mezzi isolatamente;

4) I raggi ultravioletti impediscono lo svilupparsi del rachitismo.

Gli AA. credono che se i progressi nella manifattura del quarzo fuso continuano, sarà presto possibile avere finestre di quarzo nelle corsie dei bambini, sì che il bambino potrà avere il suo bagno di sole giornaliero in una camera calda. Sarà anche possibile fare una lampada elettrica di quarzo, semplice, innocua e a buon mercato, che darà raggi attinici a sufficienza, con una esposizione da mezza a un'ora al giorno, per impedire lo svilupparsi del rachitismo.

M. MARGOTTINI.

Gli interventi anchilosanti nel trattamento della spondilite tubercolare.

(A. ALBANESE. *Arch. ital. di chir.*, f. IV, 1924).

L'A. ha condotto ricerche sperimentali allo scopo di studiare le condizioni biologiche e fisiopatologiche create nel focolaio di operazione mediante il trapianto interspino-vertebrale alla Albee. De Quervain con stecca ossea continua e con quello alla Dalla Vedova con lembo periosteo a brattee osteo-tangenziali.

Egli ha istituito due serie di esperimenti in cani: nella prima serie, messe allo scoperto 4-5 apofisi spinose della regione dorso lombare, creava una doccia osteo-legamentosa fessurando sulla linea mediana le apofisi spinose e divaricandole fino a fratturarne la base e sdoppiando pure sulla linea mediana i legamenti interspinosi. Nella doccia poneva una stecca ossea presa dalla spina della scapola. La sintesi al disopra del trapianto veniva fatta con catgut. Apparecchio gessato per 15-20 giorni. In alcuni animali, dopo 1-2 mesi l'A. distruggeva un corpo vertebrale.

Per esaminare il processo osteo-genetico è stata adoperata una colorazione intravitale elettiva per le ossa mediante l'acido alizarin-solforico. I risultati di queste ricerche dimostrano che la stecca trapiantata va incontro ad un processo di riassorbimento e di sostituzione, il periostio attecchisce quasi nella totalità e prolifera abbondantemente, partecipando con la sua attività al processo di sostituzione dell'osso necrosato. Ma la parte più importante di tale processo di ricostituzione spetta ai centri osteogeni dell'ospite. La stecca viene circondata da connettivo proliferante che va ossificandosi rapidamente e, penetrando per i canali di Havers e per le cavità di riassorbimento lacunare, trasforma la stecca in una massa ossea di neoformazione che unisce saldamente le apofisi spinose.

Tutti i reperti istologici dimostrano un'abbondante neoformazione osteoplastica nel focolaio del trapianto ed un'attività osteogenetica assai rigogliosa da parte delle apofisi spinose, attività osteogenetica che si estende costantemente fino agli archi.

Radiograficamente si rileva che il processo di riassorbimento e di sostituzione non si compie contemporaneamente ed in modo uniforme nei singoli tratti della stessa; ciò nonpertanto la resistenza del legame osteoplastico è ben considerevole e le vertebre in esso comprese vengono completamente bloccate.

Nella seconda serie, scoperte le apofisi spinose, ha inciso in ciascuna di esse il legamento sopraspinoso in modo da dividerlo in due benderelle, quindi con uno scalpello a lama sottile con colpi tangenziali ha allontanato insieme con ciascuna benderella il periostio con delle piccole brattee ossee ad esso aderenti dirigendosi dall'apice alla base delle apofisi spinose. Negli spazi interspinosi ha praticato due incisioni paramediane, in modo da rispettare i legamenti interspinosi e da costituire una doppia fessura periosteo-osteo-legamentosa.

Ha prelevato poi un lembo di periostio con brattee ossee dalla tibia e lo ha portato nel letto interspinoso preparato in modo che la superficie cruenta delle brattee venissero a contatto con le due superfici cruente delle apofisi spinose. Su di esso ha portato le due benderelle prima preparate, fermandole con punti di catgut. Apparecchio gessato per un mese.

Anche in questa serie alcuni animali vennero sottoposti alla distruzione di un corpo vertebrale.

Come effetti di questa operazione l'A. ha ottenuto la formazione di una stecca ossea, venuta a sostituire il sottile lembo trapiantato.

Il prodotto di neoformazione trarrebbe origine dalla esuberante attività dei molteplici centri osteo-genetici dell'ospite e dal periostio trapiantato, la cui proliferazione è stimolata dalla presenza delle scheggie, che esercitano la funzione eccito-conduttrice.

La osteogenesi che ha luogo nel focolaio di trapianto nella plastica frammentaria è più rigogliosa e più estesa di quella che si verifica nella plastica a stecca ossea continua.

Quanto all'effetto curativo, la sinostosi interspino-vertebrale, per quanto non riesca a supplire che parzialmente la colonna anteriore di sostegno somatica, favorirebbe ed affretterebbe l'anchilosi dei segmenti articolo-arcali e formerebbe, perciò, un tumore interno capace di immobilizzare e scaricare, ponendo le condizioni più favorevoli perchè il processo tubercolare volga a guarigione.

G. MATRONOLA.

RICAMBIO.

Il ritmo della glicemia nel corso della sifilide.

(E. SCHULMANN. *La Presse médicale*, 20 sett. 1924).

Fournier ritenne che il diabete zuccherino fosse sicuramente causato dalla infezione sifilitica: tale ipotesi è stata molto discussa ed in fine i dati fisiologici moderni hanno dimostrata la patogenesi complessa e non univoca delle glicosurie, mettendo in evidenza la diversità delle ragioni provocatrici della sindrome sotto l'influenza dell'infezione luetica.

Secondo M. Labbé e Toufflet l'influenza della sifilide nella patogenesi del diabete si può interpretare:

1) Il treponema può provocare lesioni anatomiche del fegato, del pancreas, del sistema nervoso o delle glandole vascolari sanguigne ossia degli organi che influenzano la glico-regolazione;

2) Il treponema può creare lesioni chimiche, biologiche influendo sugli umori o sulle cellule viscerali, alterando così la funzione dell'apparato regolatore che è alla base del diabete.

L'A. proponendosi questo studio sistematico del diabete si è basato non più sull'esame delle orine, spesso negativo, ma sul tasso dello zucchero nel sangue. Il dosaggio è stato eseguito secondo il metodo microchimico di O. Follin e Wu Hien che è risultato il più esatto. La cifra abituale della glicemia è compresa secondo gli autori tra gr. 0,70 e gr. 1,10. Le ricerche sono state praticate su 90 malati così suddivisi:

1) *Glicemia nella infezione sifilitica primaria* (12 casi).

La media della glicemia in questi malati è normale e sembra vada aumentando man mano che la R. W. si avvia alla positività.

2) *Glicemia nella sifilide secondaria* (35 casi).

La media del valore glicemico nel periodo secondario è nettamente superiore (gr. 1,133) alla normale e ciò indipendentemente dall'età e dal sesso mentre sembra essere in rapporto con il tipo eruttivo dell'infezione. Le cure antiluetiche sembra influenzino in modo evidente la iperglicemia.

3) *Glicemia nella sifilide terziaria* (20 casi).

La media del valore glicemico in periodo terziario è quasi la stessa di quella del periodo primario ossia molto inferiore alla glicemia roseolica. È stato trovato un valore glicemico esagerato solo in due malati con ipertrofia epatica, tasso glicemico ed ipertrofia che non sono stati modificati dalle cure antiluetiche.

4) *Glicemia nella eredo-lue* (10 casi).

Il valore glicemico è in questi malati normale e così pure nella sifilide latente (7 casi), nella tabe (5 casi), nella paralisi generale (3 casi).

Il valore medio della glicemia durante i diversi periodi della sifilide, può dunque così riassumersi:

Sifilide primaria	gr. 0,986
» secondaria	» 1,133
» terziaria	» 0,975
» latente	» 0,887
» ereditaria	» 0,904
Tabe	» 0,951
Paralisi generale	» 0,940

Due sono i fatti che, da tali risultati, meritano di essere considerati:

1) La iperglicemia del periodo secondario, che secondo l'A. sarebbe dovuta ad una modificazione dell'equilibrio vago-simpatico tanto più accentuata quanto più floridi sono gli elementi eruttivi;

2) La iperglicemia e le lesioni epatiche. Senza attribuire alla sifilide la totalità dei casi di diabete non si può negare la possibile affinità di queste due entità morbose. La sifilide può certamente realizzare il diabete pancreatico per lesione sclerosa o sclero-gommosa degli isolotti di Langerhans o anche un diabete di tipo nervoso con placca di meningite o gomma della base cerebrale. Non altrettanto evidente è la funzione delle glandole endocrine e in special modo del fegato. Questo viscere, però, che è tanto spesso attaccato dal treponema, molto probabilmente sarà la causa dei diabeti artritici assai frequenti nella pratica quotidiana.

La risoluzione del problema non è del resto facile, tantochè spesso il fegato, alterato nella sua funzione glicogenica, non può ritrovare la sua perfetta attività secretoria malgrado le diverse cure praticate. Allo stato attuale delle cose la terapia non può ripristinare il funzionamento normale del fegato ma riuscirà probabilmente ad arrestare il processo alla forma di semplice iperglicemia senza arrivare fino alla glicosuria.

Oltre i noti antiluetici anche il bismuto sembra agisca assai favorevolmente come ha messo in evidenza in questi ultimi tempi L. Bory (Diabète et traitement bismuthé).

VINCENZO MONTESANO

Alterazioni anatomiche e chimiche del pancreas nel diabete in seguito ad arteriosclerosi e sifilide.

(HOPPE-SEYLER, K. HEESCH e H. WALTER. *M. m. W.*, 29 febbraio 1924).

La dipendenza del diabete da lesioni pancreatiche di origine arteriosclerotica è stata già da tempo dimostrata. Le alterazioni che l'arteriosclerosi apporta negli isolotti di Langerhans sono

essenzialmente costituite da proliferazione e infiltrazione di tessuto connettivo con successivo raggrinzamento. Le arterie si mostrano ispessite, le loro pareti spesso degenerate in grasso; talvolta si osservano emorragie, degenerazione iallina e idropica.

Lesioni press'a poco identiche con localizzazione perivasale si riscontrano anche nel rimanente tessuto pancreatico. La neoformazione connettivale si produce lungo i vasi o i dotti pancreatici: nel primo caso essa può progredire fino agli acini e agli isolotti che avvolge ed entro cui penetra; nel secondo caso, spesso espressione di stati infiammatori cronici dei dotti, essa penetra lungo questi ultimi nel parenchima producendo verosimilmente disturbi anche della funzione secretoria esterna.

Le nuove vedute dai più condivise attribuiscono, come è noto, importanza capitale pel prodursi del diabete alle alterazioni degli isolotti di Langerhans. Da varii autori inoltre è stata posta in rilievo la dipendenza delle alterazioni diabetiche del pancreas (raggrinzamento, sclerosi insulare) da lesioni croniche delle arteriole. Tali lesioni sarebbero analoghe a quelle renali nei casi di nefrite interstiziale (rene grinzo); il che convaliderebbe la non rara associazione di alterazioni pancreatiche e renali del genere in uno stesso individuo.

Nei diabetici sifilitici il pancreas offre press'a poco l'identico quadro anatomo-patologico. Il processo per lo più si differenzia per la formazione di tratti di connettivo più robusti i quali, penetrati nei lobuli, coinvolgono e soffocano il parenchima. Talvolta si trova infiltrazione parvicellulare, di raro formazioni gommose. Notevole il non raro reperto di isole assai grosse ed ipertrofiche vicino ad altre raggrinzate e rimpiccolite; ciò parla per una rigenerazione e proliferazione compensativa. Nei frequenti casi in cui il processo interessa soltanto la porzione caudale dell'organo, risparmiando, almeno in parte, la porzione media e cefalica, il diabete insorge pel fatto che appunto nella coda risiede la massa principale delle isole.

Possiamo riassumere i dati anatomici esposti dicendo che le alterazioni diabetiche nel pancreas consistono in una pancreatite con partecipazione delle isole, vale a dire in un'insulopancreatite.

Nelle ricerche chimiche compiute dagli autori vennero paragonati i dati relativi al pancreas normale con quelli inerenti ai vari stati morbosi. Le singole determinazioni ponderali riguardarono l'organo complessivamente, l'estratto secco, l'albumina coagulata e il suo contenuto azotato, il grasso e le ceneri. Negli stati cachettici, nell'iponutrizione e nelle malattie esaurienti si manifesta in genere un'atrofia dell'organo pari ad una perdita del 30-60 %.

Nella tisi, nella carcinosi e nei casi di pancreatiti acute o subacute, l'estratto secco e l'albumina diminuiscono notevolmente; il grasso, al contrario, aumenta e si sostituisce agli acini perduti; oltracciò abbondano le sostanze solubili azotate, espressione della disintegrazione albuminica autolitica, e il loro tasso raggiunge il 21 % del complessivo contenuto in azoto. Nella degenerazione grassa anche le isole vengono spesso coinvolte. La neoformazione di grasso in genere avviene nel pancreas sia quale semplice proliferazione del grasso interlobulare, sia per sostituzione degli acini rovinati.

Nella arteriosclerosi e nella sifilide vasale con le conseguenti alterazioni connettivali diminuisce considerevolmente il peso, così anche l'estratto secco e sopratutto l'albumina; d'altra parte si ha aumento vicariante del grasso. Nei casi estremi possono originarsi veri e propri tumori lipomatosi.

Concludendo è chiaro come la massa di parenchima pancreatico secernente, chimicamente in diretto rapporto colla quantità di albumina coagulabile, possa ridursi cospicuamente nell'atrofia sia, in modo acuto, per disintegrazione autolitica, sia, in seguito a processi cronici, come nell'iponutrizione, negli stati cachettici e nella retrazione connettivale. Le perdite in ultimo vengono colmate con grasso.

È certo oramai che le lesioni pancreatiche dipendenti da alterazioni vasali (a carico sopratutto delle arteriole e dei capillari insulari) su base arteriosclerotica o sifilitica, sono da ritenersi, negli adulti almeno, quale causa del diabete. Esse valgono altresì a spiegarne la patogenesi. Nei giovani invece l'insorgere del diabete sembrerebbe legato direttamente a una manchevole formazione di isolotti con degenerazione idropica ed atrofia.

M. AGOSTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

BERTWISTLE e LEDES A. *Descriptive Atlas of Radiographs of the Bones and Joints*. Wright, ed. Bristol, 1924, 17-6.

L'atlante che gli AA. inglesi presentano si viene ad aggiungere agli atlanti radiografici del Grashey noti a tutti i radiologi e a quelli che anche in Italia si sono venuti stampando in questi due ultimi anni. Le numerose radiografie nitidissime che sono contenute nel volume non saranno tuttavia superflue a coloro che si interessano dell'argomento e l'atlante avrà raggiunto lo scopo che gli AA. si prefiggono se potrà essere utile anche ai medici pratici e agli studenti. Ogni radiografia ha di fronte la sua parte esplicativa succinta ma chiara e dopo una numerosa serie di radiografie sulle ossa e sulle articolazioni normali e a varia età, segue una lunga serie di radiografie che vogliono dimostrare le più diverse fratture delle varie ossa.

La terza parte dell'atlante è una esposizione sistematica a base di radiografie delle malattie delle ossa dalla sifilide alla tubercolosi e ai tumori; la quarta parte vuole dimostrare con una serie di interessanti radiografie le più importanti lussazioni e le malattie delle articolazioni; a queste parti segue infine una raccolta di radiogrammi interessanti che riguardano le alterazioni congenite dello scheletro osseo.

MILANI EUGENIO.

G. HOLZKNECHT. *Roentgentherapie: Revision und neuere Entwicklung*, 2 H. Urban e Schwarzenberg, 1924, pag. 249. Fr. Svizz. 4.5.

Questo nuovo fascicolo dell'H. che racchiude nei suoi nove capitoli l'attività dell'H. dal 21 al 24, attività svolta attraverso Congressi e adunanze radiologiche, è destinato ad avere presso gli specialisti larga diffusione. Questi nove capitoli che hanno formato argomento di conferenze al Congresso radiologico di Berlino del 21, di Berlino del 22, di Monaco del 23; al Congresso dei medici di Lipsia del 22, dei medici di Vienna del 22, del 23, ecc., racchiudono tutto quello che è il movimento radiologico di questi ultimi anni sottoposto dall'H. a una revisione con idee completamente personali alle quali è doveroso riconoscere l'importanza non solo dal punto di vista teorico ma pratico. Basta enumerare i titoli dei singoli argomenti per comprendere quale importanza hanno assunto alcune questioni in radiologia: la grandezza della dose dal punto di vista biologico; il dosaggio nei rapporti con la medicina interna; le alterazioni prodotte dai raggi X e il modo di evitarle; sulla così detta azione eccitante dei raggi; sulla dose carcinoma e sulla distribuzione della irradiazione, ecc.

Due capitoli sono destinati dall'H. sulla questione dell'azione eccitante dei raggi oggi di grande attualità e che egli batte completamente in breccia: gli specialisti pertanto potranno nelle pagine dell'H. trovare gli argomenti più interessanti di radioterapia sottoposti a una critica revisione onde trarne ammaestramenti per la pratica radiologica.

MILANI E.

M. A. KERGROHEN. *Radio- et Curiothérapie en clientèle*. Collezione « Comment Guérir ». Pag. 391, 74 figure, prezzo 20 franchi.

L'A. ha cercato in rapporto ai caratteri della pubblicazione, che è essenzialmente per la biblioteca del pratico, di riassumere non solo tutto quello che riguarda parte fisica teorica e pratica della radio- e curioterapia, ma anche di mettere in evidenza le principali applicazioni terapeutiche. È perciò che la prima parte riguarda lo strumentario pratico e la seconda parte le principali applicazioni dei raggi X e del radium.

L'A. ha diviso le affezioni che possono trarre vantaggio dalla radioterapia: 1) in affezioni curabili con la roentgenterapia superficiale o con la curieterapia esterna; 2) in affezioni curabili con la radioterapia semipenetrante; 3) con la curie o con la radioterapia profonda.

Le conclusioni a cui arriva l'A. sono destinate essenzialmente al medico pratico il quale potrà a colpo d'occhio vedere quale tecnica è necessaria per curare le varie affezioni e i risultati possibili che possiamo ottenere.

MILANI E.

H. WINTZ. *Die Röntgenbehandlung des Uteruskarzinoms*. Georg Thieme, Leipzig, 1924.

Il prof. Wintz di Erlangen, insieme col Seitz di Francoforte, è il creatore della terapia profonda del cancro dell'utero. Se oggi essa ha molto dell'importanza che aveva raggiunto nel 1922, e se molti dei principî sui quali i suoi autori l'avevano basata sono discussi, pur tuttavia è sempre un argomento all'ordine del giorno.

Il libro che ora pubblica il Wintz è un atlante nel quale in 50 tavole viene illustrato praticamente il modo di irradiare il tumore primitivo e i parametri attraverso i diversi campi anteriori e posteriori, con vari accorgimenti di tecnica specialmente per quello che riguarda le donne obese. Precedono alcuni brevi capitoli sui principî della terapia profonda e sulle cure alle quali prima e dopo l'applicazione, bisogna assoggettare le pazienti.

Chiudono altri due capitoli sugli errori che si possono commettere, e i danni che può causare una irradiazione non correttamente applicata.

M. ASCOLI

RIEHL e KUMER. *Radium und Mesothorium therapie der Hautkrankeiten.* Springer ed., pagine 84. Prezzo, doll. 1.15.

Se il libro degli AA. è destinato ai medici pratici i quali potranno nella parte clinica rendersi conto dei risultati che la radio- e la mesotorioterapia possono dare in moltissime affezioni cutanee; il libro può essere utile anche agli specialisti specie per tutto quello che riguarda la parte tecnica. La parte generale (33 paginette), succintamente permette al lettore di essere messo al corrente non solo sulla parte fisica e biologica che serve di base alle applicazioni ma anche dello strumentario necessario per le applicazioni stesse.

Belle fotografie illustrano la parte clinica e documentano i miglioramenti e le guarigioni che possono ottenersi con una tecnica adatta negli angiomi, negli eczemi, nel lichen; nelle cheratosi; nelle verruche; nelle forme di tubercolosi cutanee e specialmente nelle forme di tumori maligni della pelle, carcinomi e sarcomi.

MILANI E.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 28 novembre 1924.

Presidenza: Prof. D. BARDUZZI - Presidente.

Le lesioni traumatiche osservate nella Sala del pronto soccorso del Policlinico universitario di Siena (1919-23).

R. REDI. — Dimostrata la utilità pratica di questa Sala aperta costantemente al pubblico espone sinteticamente le osservazioni compiute su 7154 *lesionati* sia rispetto alla natura della lesione, alla sede, all'età del malato, ecc.

La ferita più comune fu la lacero-contusa, la sede le mani, l'età fra i 15 e 20 anni.

Le lesioni sono state più frequenti nell'uomo che nella donna, come si comprende, negli infortuni; pur nella stagione calda e nelle ore antimeridiane (10,30-11,30) e nelle pomeridiane (17-18).

Le predette lesioni di cui non possiamo riferire qui i particolari riguardano la Provincia di Siena e sono differenti nella percentuale e nelle forme confrontate con altre città e regioni.

Da queste statistiche si possono ricavare anche altre utilissime deduzioni per guisa che sarebbe utile continuare nelle indagini ed estenderle ai singoli centri di medicina operatoria.

La micologia del cadavere umano nei rispetti della cronologia della morte e delle trasformazioni tanatologiche.

Prof. G. BIANCHINI. — Le attuali ricerche fanno seguito a quelle del Bianchini sui miceti del cadavere umano del 1923. Gli AA. hanno riconfermato che, a seconda dello stato di decomposizione del cadavere, compaiono certe specie di miceti, che si succedono di mano in mano che il substrato chimico si modifica. Le specie identificate sono per la maggior parte quelle già descritte da Bianchini; altre sono state viste per la prima volta e sono: *Thamnidium elegans, Oospora fumicola, Penicillium crustaceum* (del primo periodo o della putrefazione colliquativa o gassosa), *Sterigmatocystis ochracea, Haplographium toruloides* (del secondo periodo o della trasformazione grassa); *Trichoderma lignorum, Pyronema subhirsutum, Volutella ciliata, Sterigmatocystis nigra, Cylindrium elongatum* (del terzo periodo della riduzione scheletrica).

Con ricerche istologiche e culturali gli AA. hanno inoltre dimostrato che le ife miceliari si spingono assai profondamente fino alle masse muscolari, in modo da indurre coi loro enzimi particolari azioni fermentative sui prodotti di demolizione dei tessuti del cadavere, la cui descrizione è in via di pubblicazione.

ALIQUÒ MAZZEI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 19 gennaio 1924.

Presidenza: Prof. G. PIERI, presidente.

I segni di lesione organica del sistema nervoso.

A. SPANIO. — L'O. tratta dei principali segni di lesione organica del sistema nervoso centrale e periferico in base ai quali l'O. afferma che le malattie nervose organiche sono sempre differenziabili dalle funzionali. Ammette che la denominazione di malattie funzionali è impropria, ma sostiene che la divisione è giustificata per il fatto che le possibili modificazioni anatomiche della nevrosi non sono neppure lontanamente così profonde quanto quelle più lievi fin'ora dimostrate nelle malattie organiche.

Ammonisce a non far mai una diagnosi diretta d'isterismo. Nella semeiologia si sofferma sui riflessi di difesa e sull'esame elettrico della sensibilità cutanea che egli afferma essere il metodo più pratico e più d'investigazione clinica della sensibilità cutanea, utilissimo in medicina legale permettendo una verifica obbiettiva del fenomeno subbiettivo: dolore.

Cura del prolasso rettale grave dei bambini.

G. PIERI. — Presenta un bambino di tre anni nel quale nessun trattamento medico era riuscito a guarire un prolasso del retto, che datava da quattro mesi, e si ripeteva ad ogni evacuazione. L'O. ritenne indicata la cura chirurgica, e applicò il processo di rettorrafia transcutanea da lui ideato e pubblicato fin dal 1911. Questo consiste nel fis-

sare il retto con due punti di seta, coi quali si penetra attraverso la pelle rasente il coccige, si prende con l'ago una plica a tutto spessore della parete posteriore del retto, e si esce simmetricamente dall'altro lato del coccige. Uno dei due punti si passa all'altezza della punta del coccige, l'altro a livello della base. Ambedue le anse si annodano a ridosso di un pezzo di drenaggio di gomma. Rendere stitico il bambino per alcuni giorni con elisir paregorico. Il risultato anche in questo caso fu ottimo; all'ottavo giorno furono rimossi i punti e il prolasso non si è più riprodotto. (L'operazione data da due mesi).

Decorso della tubercolosi polmonare in sifilitici attivi.

D. Loss Aprile. — L'O. riferisce su cinque casi di tubercolosi polmonare sviluppatasi in soggetti sifilitici. In tutti questi casi il processo tubercolare era a tendenza fibrosa. L'influenza benefica della cura antiluetica si dimostrò immediatamente, in modo indubbio con aumento del peso del corpo e miglioramento della sanguificazione. Nei riguardi della lesione tubercolare i primi tre casi sono giunti alla guarigione clinica: assenza di tosse, di sputo, di fatti tossicoemici, e scomparsa di fatti ascoltatori; il quarto è notevolmente migliorato; il quinto è per ora stazionario.

Seduta del 13 febbraio 1924.

La chirurgia del sistema nervoso simpatico.

G. Pieri. — L'O. ha eseguito fino a tutto il 1923 sette decortazioni dell'arteria femorale su cinque soggetti, per le seguenti indicazioni:

Spasmo vasale con claudicatio intermittens; due casi, ambedue in donne sulla settantina; i fieri dolori che tormentavano l'esistenza delle malate scomparvero immediatamente, e la deambulazione tornò normale.

Gangrena da endoarterite obliterante: un caso. Un uomo di 68 anni con necrosi ischemica delle prime dita del piede sinistro, vide progredire la sua gangrena, malgrado la simpatectomia, a tutta la gamba, e al moncone di amputazione della coscia; l'operazione si dimostrò utile solo contro il sintoma dolore.

Gangrena probabilmente neurogena: in un uomo di 75 anni comparve una chiazza di necrosi alle dita del piede accompagnata da fieri dolori, durati pochi giorni; la necrosi si eliminò asetticamente; la simpatectomia fece scomparire le residuali parestesie ad ambedue gli arti inferiori.

Ulcera perforante bilaterale, in uomo di 60 anni. Alla simpatectomia seguì guarigione delle ulcere, ma dopo cinque mesi dall'operazione si verificò recidiva in forma altrettanto grave.

Un caso di rottura di utero in travaglio di parto.

A. Ponzian. — La rottura fu causata da presentazione di spalla non riconosciuta dalla levatrice; il feto passò completamente nella cavità addominale attraverso un'ampia spaccatura interessante la porzione posteriore del segmento inferiore ed estendentesi sulla parte inferiore del corpo uterino e della volta vaginale. Le condizioni disperate della donna non permisero l'intervento laparotomico ed il trattamento si limitò alla estrazione manuale del feto premorto e alla craniotomia su testa ultima. La donna morì poco dopo.

Fatta qualche considerazione sul caso speciale e sulle cause della rottura uterina, l'O. trae occasione da quanto ha esposto per esortare i colleghi a sorvegliare l'opera delle levatrici e a curare, per quanto è loro possibile, la cultura professionale di queste nostre collaboratrici.

Metastasi di gozzo benigno nell'omero.

A. Tulissio. — Un uomo di 57 anni, dall'aspetto lievemente mixedematoso, portatore da qualche decennio di un tumore tiroideo non troppo voluminoso, da alcuni mesi accusava dolori al braccio sinistro, che ha perduto molto della sua forza. L'esame di questo dimostrava un cospicuo ingrossamento dell'omero nel suo terzo medio, e un rammollimento per cui l'omero era divenuto flessibile. Il dubbio che potesse trattarsi di una metastasi del tumore tiroideo fu confermato dall'esame di un frammento asportato, che rivelò la struttura di un tipico gozzo a tipo adenoide.

L'O. dimostra il preparato microscopico, e presenta il malato, nel quale, a dieci mesi di distanza dalla piccola operazione, all'esame dell'omero si riscontra una diminuzione della tumefazione e una perfetta consolidazione dell'osso; l'interpretazione causale di questi fatti appare molto difficile a precisarsi.

Di 27 casi di infezione tifosa trattati con la proteinoterapia.

F. Pesce. — L'O. riferisce sui risultati osservati in ventisette casi di infezione tifosa (compresi i paratifi) colle iniezioni endomuscolari di latte. Riguardo alla quantità iniettata si saggiò sempre la sensibilità dei malati con una prima iniezione di cc. 2: a seconda della intensità dei fenomeni reattivi si procedeva successivamente all'iniezione di 5 o 10 cc. ripetuta alla distanza di due giorni per tre o quattro volte (nei casi di refrattarietà anche per 6 o 8 volte) a distanza di due giorni l'una dall'altra.

Su 21 casi di tifo, in uno si ebbe risoluzione critica dopo la prima iniezione, in 5 dopo la seconda o la terza iniezione, in 9 casi abbreviamento del decorso con lisi, in 3 casi mitigazione dei sintomi, in 3 casi non si notò alcun effetto.

In quattro casi di paratifo A si ebbe la risoluzione critica dopo la prima iniezione. Così in due casi di paratifo B.

Dopo la iniezione si notarono brivido (non costante, e di solito di intensità inversamente proporzionale alla durata), euforia. La reazione locale fu lieve e di breve durata. L'esame del sangue dimostrò un immediato accentuarsi della leucopenia, bruscamente seguita da leucocitosi (mai da iperleucocitosi). G. Locatelli.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Malattie del sangue e costituzione.

Molte malattie del sangue, osserva H. Simmel, (*Münch. med. Wochenschrift*, n. 35, 1924) hanno una base costituzionale. Così la clorosi è spesso ereditaria, si manifesta facilmente in sorelle, è specialmente frequente all'epoca della pubertà. L'anemia perniciosa si manifesta in seguito a svariate cause in individui predisposti, individui che di solito presentano achilia gastrica. Talvolta essa colpisce varii membri della stessa famiglia. Nell'anemia emolitica esiste una particolarità morfologica degli eritrociti, la forma sferica di essi, ed una particolarità fisica, la minor resistenza ad alterazioni osmotiche. La malattia è famigliare. Esiste ancora un'altra malattia del sangue su base costituzionale: l'anemia da cellule falcicormi. Il sangue contiene alcuni eritrociti falciformi appena estratto, mentre se esso viene conservato per qualche ora tutti gli eritrociti assumono una forma falciforme. Nel midollo si trovano eritroblasti falciformi o a forma di fuso. Il sangue dei membri sani delle famiglie dei malati non contiene cellule falciformi appena estratto, ne contiene invece molte qualche ora dopo. La malattia è dunque famigliare; essa è ereditaria e legata alla razza, osservandosi soltanto in negri o in mulatti.

POLL.

Sull'incompatibilità sanguigna fra madre e feto in rapporto con la tossiemia gravidica.

Sappiamo in cosa consistano i quattro gruppi nei quali i sangui umani possono essere divisi, ora, quando tutte le proprietà di un gruppo si trovano riunite nel sangue di un individuo, si dice che un gruppo è completo: incompleto se alcune di esse mancano. La divisione in gruppi delle donne gravide, non dà risultati dissimili da quelli delle donne non gravide. I caratteri del gruppo secondo alcuni non esisterebbero nel feto donde un minore pericolo di incompatibilità in caso di trasfusione. Al contrario alcuni AA. affermano che i caratteri del gruppo sanguigno esistono spesso e quasi sempre nel neonato, e l'A. (Denis. Travlos, Tesi di Parigi, 1924, in *La Presse méd.*, 1924, n. 93) prelevando il sangue non dal cordone ombelicale ma dal neonato entro l'ottava ora di nascita, ha trovato che i caratteri di gruppo sono già fissi nel 66% dei casi in modo completo, ed incompletamente nel 34%. La ripartizione dei neonati per ciascun gruppo risulta nelle ricerche dell'A sensibilmente differente dalle cifre ottenute dagli altri A.: la maggiore percentuale è data dal II gruppo, vengono poi il IV, il III, il I.

Ricercando i relativi aggruppamenti, Travlos nota nel 62% dei casi madre e neonato appartenenti al medesimo gruppo, nel 38 % a gruppi differenti.

Per Mac Quarrie la tossiemia gravidica sarebbe molto più frequente quando i sangui materni e fetale siano incompatibili che non quando appartengono allo stesso gruppo: vi sarebbe dunque nell'eclampsia penetrazione di sangue fetale nel sangue materno: questi globuli, agglutinati darebbero luogo a minute embolie. Travlos, all'opposto non ha riscontrati tali fatti, ed in un caso di eclampsia e in cinque casi di albuminuria, i sangui erano dello stesso gruppo.

MONTELEONE.

Anemia perniciosa criptogenetica ed acidità gastrica.

Rivedendo le storie di 50 casi di anemia perniciosa criptogenetica, L. Detre (*Med. Klinik*, numero 47, 1924), trovò in due soli casi una mancanza dell'anacloridria gastrica. Esaminando bene le storie di questi due casi l'autore trova che non si trattava di anemia perniciosa criptogenetica. Conclude da queste sue ricerche che per la diagnosi di anemia perniciosa criptogenetica sia assolutamente indispensabile l'assenza di secrezione cloridrica.

POLL.

Guaribilità dell'anemia perniciosa gravidica.

L'anemia perniciosa gravidica è da distinguere dall'anemia perniciosa che, all'infuori di ogni gestazione, si può constatare in donne depauperate da ripetute gravidanze.

L'anemia perniciosa gravidica è suscettibile di guarigione, e E. Bardy (Tesi di Parigi, *La Presse méd.* n. 93, 1924) ne riferisce l'evoluzione favorevole in 68 casi. La guarigione è possibile solo dopo l'espulsione del feto. È da considerarsi sintoma prognostico favorevole l'aumento di volume della milza. Edemi, albumina, dispnea, emorragie si ritrovano con la stessa frequenza in tutti i casi. Buona prognosi danno la leucocitosi e la polinucleosi. Non bisogna attendere per decidere anche sul parto prematuro, oltre i tre mesi di malattia. Espulso il feto, la guarigione sarà affrettata da medicamenti interni e specialmente da iniezioni di sangue. Pensare anche alla sifilide per un appropriato trattamento antisifilitico.

MONTELEONE.

TERAPIA.

Gli ascessi di fissazione.

Multa renascentur:... con quel che segue, ed anche gli ascessi di fissazione, che sembravano relegati fra i ferri vecchi della terapia trovano ora qualche indicazione. J. Carles (*Bull. général de thérapeutique*, maggio 1924) li ritiene indicati: 1) nelle polmoniti e broncopolmoniti gravi, nelle febbri puerperali con persistenza dello stato setticemico; 2) nelle meningiti cerebro-spinali che resistono all'azione del siero e del vaccino, nonchè in qualche caso febbrile e grave di encefalite epidemica; 3) nelle setticemie ribelli e specialmente nelle settico-piemie, in cui si ottengono i migliori risultati; 4) nelle intossicazioni gravi, come negli avvelenamenti da piombo, da sublimato, da funghi.

Eccettuate tali indicazioni precise, occorre andar cauti nel procedere agli ascessi di fissazione che comportano i pericoli seguenti.

1) *Dolore*. I fenomeni infiammatorii che si verificano sempre, salvo in casi di infezione acutissima, sono spesso violenti, talora assumono l'aspetto di un flemmone diffuso. Trattasi però di fenomeni passeggeri, che si calmano con l'applicazione di impacchi umidi o di cataplasmi.

2) *Escare*. Si osservano nei bambini, nelle donne ed in generale negli individui a pelle delicata. Talvolta, l'iniezione fatta in piena zona aponeurotica, anzichè nel tessuto cellulare, provoca una larga distruzione dell'aponeurosi, con ernie muscolari consecutive. Pessime conseguenze sono state vedute dall'A., in seguito ad iniezione praticata alla faccia interna della coscia, con una reazione formidabile, che lasciava prevedere le peggiori complicazioni da parte dei vasi femorali.

3) *Infezione secondaria della sacca purulenta*. Si evita usando l'asepsi più scrupolosa nell'apertura dell'ascesso e nelle medicazioni.

Si possono quindi dare le seguenti controindicazioni dell'ascesso di fissazione: a) gli individui cachettici o con escare; b) le malattie ad evoluzione lunga (tifoidi) che si complicano facilmente con infezioni secondarie; c) i diabetici, i cirrotici, i cardiaci, i vecchi e le affezioni benigne.

Come tecnica, l'A. raccomanda l'iniezione di 1-2 cmc. di trementina nella parte media ed esterna della coscia. Dal 6° all'8° giorno si potrà incidere largamente, facendo poi medicazioni asettiche.

fil.

Sul trattamento dell'empiema con la toracotomia.

Secondo Suermondt (*Deutsche Zeit. f. Chir.*, 1924, n. 1-2) l'intervento precoce, prima dell'incistamento del focolaio, porta a tutti gli inconvenienti di un pneumotorace totale in un malato in stato di minor resistenza. Occorre procedere a punture in serie per la esatta localizzazione del focolaio: è verso il 15° giorno che è opportuno intervenire con la toracotomia: oltrepassando tale data si può correre il rischio di far divenire cronica la malattia e la sua fistolizzazione. Dopo l'operazione far eseguire al malato della ginnastica polmonare, far respirare dell'ossigeno sotto una certa pressione, mantenere una pressione costantemente negativa pleurica.

Il frequente lavaggio della cavità va fatto con liquido del Dekin da cominciare nell'ottavo giorno, per evitare accidenti da schok. Dopo 3-4 settimane si può chiudere la fistola. Nelle fistole persistenti è indicata la decorticazione polmonare. Su 82 casi di empiema operati in bambini, l'A. ha avuto 19 morti: otto ne ha avuti su 103 adulti.

MONTELEONE.

Il trattamento dell'orzaiuolo.

L'orzaiuolo è un'affezione benigna, che può presentare qualche difficoltà diagnostica solo quando l'edema infiammatorio delle palpebre impedisce la divaricazione di queste. In tal caso, la palpazione attenta fatta con uno specillo, permette di trovare un punto assai doloroso e di localizzare così la sede di questa follicolite, dovuta solitamente allo stafilococco piogeno albo od aureo. Il medico viene il più spesso consultato per le recidive frequenti a cui espone questa malattia, facile da curare, ma che, in qualche raro caso, può dare complicazioni gravi.

Durante il periodo infiammatorio, sono consigliate le compresse calde, da applicarsi 3-4 volte al giorno per 20-30 minuti. Esse vanno preferite alla medicazione umida, che ha il grave inconveniente di rammollire la cute e di favorire la penetrazione dei germi in punti vicini. Sarà utile, finita l'applicazione della compressa, di asciugare rapidamente la pelle con una compressa asciutta, mettendo sulle palpebre una pomata al cadmio-zinco. Per quanto riguarda la terapia chirurgica dell'orzaiuolo, G. Cousin (*Paris médical*, 6 settembre 1924) è favorevole all'aspettativa. La pelle, di fatto, è sottile e viene rapidamente dissociata in modo tale da dar passaggio facile al cencio purulento. Tutt'al più, quando, alla sommità del bottone, si è formata la punta giallastra, si potrà fare un'incisione, a patto che sia molto limitata. È preferibile l'uso del termocauterio al rosso scuro; il bisturi, anche maneggiato delicatamente, può essere più nocivo che utile. Esso facilmente contribuisce alla disseminazione dei germi, per cui si può avere la trombosi della vena oftalmica e quella del seno, alla quale sussegue di regola la morte. Questo modo di evo-

luzione è raro; ma la sua possibilità deve mettere in guardia contro un trattamento non adatto.

La profilassi delle recidive si basa essenzialmente sull'uso dei vaccini. Utili, ma poco pratici secondo l'A., sono gli autovaccini. Meglio è ricorrere ai vaccini già preparati dagli appositi istituti, facendo 2-3 iniezioni a due giorni di intervallo. Su 20 malati, così trattati, l'A. ha ottenuto la scomparsa delle recidive in 18. Bisogna tener presente che l'iniezione sottocutanea del vaccino determina talvolta una reazione assai viva, con aumento della temperatura per qualche ora.

fil.

La cura degli angiomi.

L'angioma è costituito dalla neoformazione di capillari che si mantengono costantemente in uno stato di dilatazione. Si tratta di un'anomalia congenita sviluppata già nel feto o manifestantesi tutt'al più nei primi anni di vita. Può assumere la forma di una macchia vascolare piana (neo vascolare, macchia di vino, voglia), o di un'escrescenza sulla pelle o sulla muccsa con infiltrazione più o meno profonda dei tessuti sottostanti (angioma sopraelevato, tuberoso, erettile, pulsatile, tumore angiomatoso che va fino alla mostruosità).

Degrais (*Presse Médicale*, 1924 n. 81) osserva che il trattamento degli angiomi si impone sia quando altera l'estetica sia quando disturba qualche funzione, deve essere quanto più è possibile precoce, deve essere cioè praticato nei bambini. Oltre a ciò occorre sia indolore, comodo, estetico nel senso di non lasciare cicatrici deturpanti.

Tra i differenti metodi sperimentati (elettrolisi, neve carbonica, aria calda, raggi X, chirurgia etc.) è da preferirsi la radiumterapia, che ha appunto i vantaggi su accennati. È assolutamente indolore, di comoda applicazione in tutta la regione, e non lascia alcuna traccia.

Contrariamente agli altri procedimenti che agiscono distruggendo i vasi, i raggi del radio posseggono una vera azione elettiva sul tessuto vaso-connettivo, che modificano mediante obliterazione progressiva dei capillari.

Il radio può essere applicato fin dai primi giorni di vita del bambino, perchè non disturba affatto lo sviluppo degli organi.

Va infine notato che la sensibilità degli angiomi è tanto maggiore quanto più sono giovani; quanto più presto si pratica la radiumterapia, tanto più facilmente è arrestato il progresso dell'angioma.

dr.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'essenza dell'emicrania simpatico-tonica.

O. Muck (*Münchener medizinische Wochensch.*, 12 dicembre 1924) ha fatto delle ricerche sui riflessi vasomotori della mucosa nasale, per mezzo dell'adrenalina, ed ha rilevato che nell'individuo normale, cioè quando non vi è nessuna ipereccitabilità locale, nè nel simpatico (emicrania simpatico-tonica), nè nel parasimpatico (neurosi riflesse nasali), la mucosa nasale presenta un rossore leggero e di breve durata con iniezione dei vasi nel punto toccato, d'ambo i lati. Invece, nelle persone che soffrono di emicrania simpatico-tonica, si nota nel punto toccato, una macchia bianca, dal lato in cui si ha l'emicrania, mentre dall'altro si ha la reazione normale.

Per ben comprendere la genesi del dolore di capo nell'emicrania simpatico-tonica, si devono richiamare le nozioni di anatomia sull'innervazione delle arterie cerebrali. Questi nervi provengono in parte dal plesso cardiaco e dal vertebrale ed in parte da fini ramuscoli dei nervi cranici (3, 6, 9, 10, 11, 12). I vasi vengono anche innervati dal sistema simpatico e dal parasimpatico. Dal simpatico del collo, rispettivamente dal suo ganglio più alto (Cervicale supremo) vanno esili fibre nervose, d'ambo i lati, alla carotide interna e la circondano, penetrando con essa nell'interno del cranio. Entrambi i plessi carotici entrano in reciproco rapporto al circolo arterioso del Willis, sicchè l'eccitazione del simpatico di un lato influisce sull'innervazione vasale d'ambo i lati. Questo però non è sempre il caso, poichè, appunto nell'emicrania, si ha una eccitazione angiospastica unilaterale delle arterie cerebrali.

Per quanto riguarda le esperienze dell'A. sulla mucosa nasale adrenalizzata, si osserva che anche i vasi del viso e della mucosa nasale hanno innervazione doppia ed antagonistica. Essi ricevono eccitazioni vaso-costrittrici dal simpatico del collo ed, invece, dal sistema craniale autonomo ne ricevono di vaso-dilatatrici per mezzo del trigemino. Non si conosce ancora con precisione se il ganglio sfeno-palatino (di indubbia natura vegetativa) debba venir considerato anche come centro per i vasomotori della mucosa nasale, oppure se questi dipendano dal ganglio cervicale supremo. Probabilmente si tratta di condizioni analoghe a quelle delle ghiandole salivari, in cui i vasodilatatori provengono dai gangli della testa e quindi dal midollo allungato, mentre i vasocostrittori sono forniti dai gangli del collo e dal midollo del collo. Le cellule del ganglio cervicale supremo, poi, mantengono gli organi innervati sempre in tono.

I fenomeni vasomotori unilaterali nelle ricerche con l'adrenalina, depongono quindi per una ipereccitabilità nel ganglio cervicale supremo. Il fatto della unilateralità di questa negli emicranici dimostra che, in essi, il ganglio cervicale supremo si trova in uno stato di eccitazione che, in determinate condizioni, si esplica con l'angiospasmo.

Anche in 4 casi di equivalenti emicranici (emiplegia labirintica vasogenica e complesso sintomatico di Ménière) la reazione adrenalinica si mostrò unilaterale, indicando che il quadro morboso sarebbe da attribuirsi a spasmo vasale.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla cura della laringite tubercolare. — Al dottor G. C. da B.:

La cura della laringite tubercolare con la fototerapia e nel caso speciale con la lampada Kromayer costituisce una applicazione del tutto recente. Nei trattati classici di Guilleminot e di Beclère (editori Masson e Maloine) può trovare le indicazioni sui vari tipi di apparecchi in commercio e sul modo di dosaggio.

La fototerapia, che non può sostituire del tutto l'elioterapia nelle forme tubercolari laringee, viene praticata con speciali accessori per portare i raggi luminosi nel laringe. Di questi accessori sono specialmente ricche le lampade ora in commercio ad arco e non del tipo Kromayer, le quali ultime vanno adoperate con prudenza per la reazione che possono determinare: del resto la tecnica di applicazione della luce artificiale va nel modo migliore appresa presso gli specialisti.

MILANI E.

Paste depilatorie. — All'abb. n. 6913:

Le formule di preparati epilatorj sono numerose: tutte più o meno nocive per la pelle, essendo sempre composte con sostanze caustiche, e di efficacia temporanea, giacchè la loro azione si esercita solo sulla parte libera del pelo.

La pasta di Mac Call Anderson è così composta:

Solfuro di bario, gr. sei.
Ossido di zinco, gr. ventiquattro.
Carminio, centigr. sei.

Mescolare con un po' di acqua, al momento dell'uso, sì da farne una pasta: applicare per tre minuti e rimuovere con saponata. (AUDRY. *Traitement des maladies cutanées*, p. 229).

V. MONTESANO.

Vaccini pollinici. — Al dott. L. Albano, Fasano (Bari):

Casi di asma bronchiale da polline di fiori di mandorlo non sono stati descritti. Non sono in commercio estratti di questi pollini per la dissensibilizzazione dei pazienti. Il fabbricarli da sè è difficile. La tecnica per fabbricare i vaccini pollinici è descritta nei lavori di Walker, di cui potrà trovare notizia negli articoli sull'asma anafilattico, pubblicati dal Sabatini sul *Policlinico* Sezione pratica. *Sni.*

Al dott. Gioseffi, Parenzo:

Non conosciamo trattati italiani di sola Talassoterapia. Provi a rivolgersi al prof. Ceresole (Ospedale Civile, Venezia), che organizza i Congressi internazionali di Talassoterapia. *Sni.*

VARIA.

Pascoliana.

Giovanni Pascoli appartiene un po' alla famiglia medica, che egli ha amato, esaltato, glorificato. Non è spenta l'eco del discorso che il Poeta tenne nell'anfiteatro della Clinica Medica di Bologna, quando Egli disse l'elogio della medicina; e officiosamente nostro fu quando la Società Medica di Bologna lo volle suo membro onorario.

Nella bella rivista « L'Illustrazione Medica Italiana » di Genova (n. 10 del 1924) il dott. A. Verdrani, per contribuire alla recente commemorazione del Pascoli, commenta, alla luce della clinica e della scienza, una breve poesia dei « Canti di Castelvecchio », in cui viene descritto il tremore di una vecchia che vive tra i nipotini:

sembrava quel capo d'argento
dicesse col tremito: bimbi,
sì..... piccoli, sì.....

le tremule mani e la testa
..... avevano solo di vivo
quel povero sì

sì solo, sì sempre....

Con una copiosa documentazione, riferendo le osservazioni di Charcot, Kraepelin, Massalongo, Oppenheim, Marie, Déjerine e l'esperienza propria, l'A. sostiene che il tremore è molto raro nei vecchi e che il movimento del capo non è di affermazione, ma piuttosto di negazione; ma aggiunge che ciò nulla toglie alla efficacia del piccolo componimento poetico. Il Pascoli ingentilisce quello che tocca: egli vive d'impressioni e non bisogna chiedergli osservazioni esatte, come non bisogna attingerne dati statistici...

L'A. fa una interessante dissertazione sulla scienza nell'arte, riferendo le opinioni di Bleuler, Kretschner, Nietzsche, Carducci e dello stesso Pascoli, che vede nel poeta un fanciullo, nel quale tutto desta meraviglia. R. B.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XIV. — Soppressione di posti e licenziamento in forza dei poteri ordinari durante e dopo la efficacia dei decreti 27 maggio e 24 settembre 1923.

Per stabilire se una riforma fu deliberata in base al R. D. 27 maggio 1923, n. 1177, non è sufficiente che in un provvedimento preparatorio si sia accennato alla adozione dei criteri previsti in tale decreto per la formazione di elenchi di impiegati o salariati da dispensarsi dal servizio. E invece da ritenersi che la riforma sia emessa in virtù delle ordinarie facoltà di legge, quando i primi atti di riforma precedano l'emanazione del R. D. del 27 maggio 1923 e nel provvedimento finale e concreto non sia cenno alcuno nè richiamo al decreto legislativo anzidetto.

Agli effetti della determinazione della competenza di una giurisdizione, non si deve riguardare l'atto o provvedimento per quello che dovrebbe essere, *ma in quello che effettivamente è*: in altri termini il provvedimento, nella sua obiettiva struttura formale e sostanziale, costituisce l'elemento unico decisivo per la determinazione delle competenze, mentre è questione non di rito ma di merito l'indagine su esatta o inesatta applicazione della norma che sta a fondamento del provvedimento medesimo.

Contro il licenziamento di un impiegato o salariato di un Manicomio provinciale, in seguito a riforme organiche deliberate non in applicazione del R. D. 27 maggio 1923, n. 1170, ma in applicazione delle ordinarie facoltà degli enti locali, devesi ricorrere alla Giunta Provinciale Amministrativa e non direttamente al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale. (Consiglio di Stato, Sezione IV, decisione 22 agosto 1924, n. 621, ric. Salvatore c. Provincia di Roma).

Il punto veramente notevole della controversia che fu oggetto del ricorso, al quale questa decisione si riferisce, consisteva in una questione che era prospettata dal ricorrente e che la Sezione ha considerato *indirettamente*. È utile tuttavia segnalarla. Essendo in vigore il R. D. 27 maggio 1923, potevano gli enti locali esercitare gli ordinari poteri di riforma degli organici e di licenziamento per soppressione di posto? La decisione contiene, su questo punto, le seguenti considerazioni:

« In linea di diritto il Collegio ha considerato « che la questione prospettata circa la efficacia « *obbligatoria* delle norme di legge nel tempo « la impossibilità della coesistenza *di due norme* « *diverse* regolanti la stessa materia, non è senza « importanza e potrebbe essere cagione di seri « dubbi. In tesi astratta non è da escludersi, in « modo assoluto, l'imperio simultaneo di due nor- « me diverse disciplinanti il medesimo rapporto « sociale: invero, per l'ammissibilità di una simile « ipotesi basta riferirsi a norme che non abbiano « carattere cogente ovvero non investano entram- « be il rapporto nell'identico suo aspetto e nel- « l'intiera sua estensione. Nel caso concreto la « questione è più delicata e complessa perchè sa- « rebbe da esaminare se ed entro quali limiti « una legge speciale e di carattere transitorio, « quale è appunto il R. D. in parola, abbia po- « tuto, senza esplicita dichiarazione, abrogare o « sospendere la efficacia di disposizioni di carat- « tere generale e permanente, modificando anche « le regole dell'ordinaria competenza giurisdizio- « nale ».

Come si vede, la questione è considerata indirettamente ma non è risoluta.

È nostra opinione che, durante la efficacia dei decreti 27 maggio e 24 settembre 1923, gli obbietti specificatamente da essi previsti e regolati con norme che attribuivano imperativamente il potere e il dovere di provvedere in conformità di determinate disposizioni, non potessero essere disciplinati in base a norme diverse.

La questione ha importanza specialmente agli effetti dei criteri e delle preferenze nei casi di dispensa dal servizio: agendo in forza dei poteri ordinari il Comune non avrebbe dovuto osservare le norme dei citati decreti; ora, se ciò fosse stato lecito, sarebbe stata aperta la via ad una vera e propria inosservanza di disposizioni imperative stabilite anche nell'interesse del servizio, per esigenze contingenti ed eccezionali.

A questa disamina se ne riannoda indirettamente un'altra che può avere qualche rilevanza per l'avvenire prossimo. Qualora l'ente o il Prefetto, in sede di sostituzione, non abbia esercitato il potere straordinario di riduzione dell'organico (soppressione di posto e conseguente dispensa) può l'ente stesso provvedere alla soppressione di uffici e al licenziamento in forza dei poteri ordinari, essendo scaduti i termini stabiliti per l'esercizio dei poteri straordinari? Teoricamente sì, tanto più che, in questo caso, non coesisterebbero due norme regolatrici dello stesso

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

obbietto, essendo ormai inefficace una di esse. Ma il non esercizio del potere straordinario, che importava *dovere di fare*, è valutabile, come elemento negativo, in sede di ricorso contro la riforma, in quanto, *se non siano sopravvenuti e non risultino situazioni di fatto ed esigenze nuove*, si deve ritenere che il non esercizio del potere straordinario, che imponeva di fare, implichi riconoscimento che, in quel caso concreto, *non si doveva fare*, cioè non fosse nè utile nè necessario sopprimere posti e licenziare impiegati.

XV. — Servizio interinale anteriore alla nomina per concorso.

In omaggio al criterio che anche il periodo di servizio interinale antecedente al servizio prestato nel periodo di prova ha non meno e non diversamente del servizio da titolare, la efficacia di mostrare le idoneità del medico e le attitudini sue a corrispondere alle esigenze generali dalla professione che la compone, la V Sezione ha affermato costantemente il principio che si debba ammettere l'*accessio temporum* tra il servizio interino e il servizio in prova, a condizione che il medico abbia disimpegnato l'interinato in nome proprio e non in supplenza di altri, e che fra i due periodi non siavi stata soluzione di continuità.

Questa massima è contenuta nella decisione 21 agosto 1924 n. 619 della V Sezione del Consiglio di Stato, la quale evidentemente si riferisce alle norme del testo unico 1° agosto 1907, perchè la efficacia del periodo interinale seguito, senza interruzione, dalla nomina in base a concorso, non è più un semplice criterio ma una norma del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889. Rimane, però, immutata la questione circa la *supplenza*, la quale può non essere considerata efficace qualora per essa non si costituisca un vero e proprio rapporto diretto col Comune.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Istituto Nazionale per lo studio e la cura del cancro.

L'*Ars Medica* di S. Paulo del Brasile, persuasa della insufficienza dei mezzi con cui alcuni scienziati Italiani intraprendono promettenti studi sul cancro, volle — con significativo senso di umanità e di patriottismo — promuovere fra i nostri connazionali colà una sottoscrizione per la fondazione a Milano di un Istituto Nazionale per lo studio e la cura del cancro, raccogliendo così duecentosedici mila lire che furono rimesse in Italia.

Per dare sviluppo alla nobile iniziativa, la Lega Italiana contro il cancro e la Croce Rossa Italiana costituirono una Commissione Esecutiva, composta del sen. prof. Alessandro Lustig, presidente, di S. E. il senatore Giovanni Ciraolo, presidente della C. R. I., dell'on. L. Edoardo Frisoni, del gr. uff. dott. Alessandro Messea, direttore generale della Sanità Pubblica, del comm. prof. Serafino Belfanti, direttore dell'Istituto Sieroterapico Milanese, del prof. Ferdinando Livini, della Università di Milano, del prof. Achille Sclavo, Presidente dell'Associazione Italiana d'Igiene, membri, e dei sigg. prof. gr. uff. Cesare Baduel, dirett. gen. della C. R. I., prof. comm. Gaetano Fichera, della R. Università di Pavia, gr. uff. Santina Verratti, segr. gen. dell'Associazione dei Comuni Italiani, segr. gen.

La Croce Rossa deliberò di contribuire con 50 mila lire, di mettere a disposizione i propri locali e la propria oragnizzazione onde falicitare il compito del Comitato Nazionale, che per deliberazione della Commissione Esecutiva unanime, è presieduto dal sen. prof. Luigi Mangiagalli, Sindaco di Milano e Rettore di quella Università.

Le LL. MM. il Re e la Regina hanno graziosamente concesso il loro Alto Patronato.

In parecchie importanti città furono costituiti Comitati Regionali e Provinciali, ad esempio: a Genova, Presid. march. Domenico Pallavicino, a Napoli, pres. il sen. prof. Pascale, a Trieste pres. il gr. uff. Brunner, a Ferrara, pres. il sen. prof. Pietro Sitta, a Brescia, pres. il sen. avv. Bonicelli, a Bologna, pres. il sen. avvv. Giacomo Ferri, a Verona, pres. il conte comm. Giovanni Giusti, ed altri sono in formazione a cura dei Comitati di Croce Rossa. A Milano, per la importanza della sede, ha direttamente provveduto il sen. prof. Mangiagalli ed il Comitato sarà colà presieduto dall'on. conte Febo Borromeo D'Adda. Su proposta del Presidente sen. Mangiagalli l'Istituto sarà intitolato a Vittorio Emanuele III per celebrarne il 25° anno di Regno e rendere omaggio alla Maestà del Re.

La Giunta Comunale di Milano, plaudendo all'iniziativa del proprio Sindaco, deliberava di proporre al Consiglio Comunale di contribuire per un milione di lire.

Alla Commissione Esecutiva (che ha sede presso la C. R. I. via Toscana 12 Roma) sono pervenute numerose adesioni; vanno specialmente ricordate le seguenti: Banca d'Italia, Banco di Napoli, Banco di Sicilia, tutti i principali Istituti di Credito, la Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, l'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, la Cassa Nazionale per le Assicurazioni contro gli

Infortuni, la Navigazione Generale dell'Industria, la Cassa di Risparmio per le Provincie Lombarde, il cui contributo è stato fissato in 1.500.000 lire, l'Istituto Sieroterapico Milanese, che ha offerto gratuitamente il terreno, e molti altri.

Prossimamente verrà pubblicato l'elenco dei componenti del Comitato nazionale sotto la Presidenza onoraria di S. E. il Ministro della Pubblica Istruzione e quella effettiva del sen. prof. Mangiagalli.

Le offerte raccolte a cura del Comitato Nazionale e dei Comitati locali e Regionali, presso la C. R. I., verranno versate alla Banca d'Italia — sedi di Roma e di Milano — e verranno pubblicate a mezzo della stampa, che — concorde — ha promesso di appoggiare questa grande iniziativa scientifica.

Dichiarazione di Ginevra.

Secondo la dichiarazione dei Diritti del Fanciullo, detta « *Dichiarazione di Ginevra* », proclamata dall'« Unione Internaz. dei soccorsi ai fanciulli » di Ginevra, gli uomini e le donne di tutte le nazioni, riconoscendo che l'Umanità deve dare al fanciullo quello che essa ha di migliore, affermano i loro doveri al di fuori di ogni considerazione di razza, di nazionalità o di fede:

1) Il fanciullo deve essere messo in condizione di svilupparsi in modo normale materialmente e spiritualmente;

2) Il fanciullo che ha fame deve essere nutrito; il fanciullo malato deve essere curato; il fanciullo tardivo deve essere incoraggiato; il fanciullo sviato deve essere ricondotto sul retto sentiero; l'orfano e l'abbandonato devono essere raccolti e soccorsi;

3) Il fanciullo deve essere il primo a ricevere aiuto in caso di calamità;

4) Il fanciullo deve essere messo in condizioni di guadagnarsi la sua vita e deve essere protetto contro ogni sfruttamento;

5) Il fanciullo deve essere educato nel sentimento e le sue migliori qualità dovranno essere messe al servizio del suo prossimo.

Cronaca del movimento professionale.

In merito alla riforma dei servizi sanitari.

Per l'applicazione del decreto 30 dicembre 1923 sulla riforma dei servizi sanitari, e per altri argomenti, si prospettano numerose questioni di varia natura che interessano i medici.

Allo scopo di far noti i desideri e le opinioni predominanti e interessare ad essi l'Autorità governativa, il Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici ha avuto un colloquio col Direttore generale della Sanità pubblica, comm. Messea: una interessante conversazione si è svolta nei riguardi degli Ufficiali Sanitari, degli Specialisti, delle tariffe speciali pei Medici condotti, della nuova legge sull'esercizio abusivo, delle desiderate riforme della legge sugli Ordini.

Il comm. Messea, con l'acume e la competenza che gli sono propri, con la profonda conoscenza delle questioni sanitarie e professionali, ha ascoltato quanto il Presidente della Federazione gli ha esposto e ha dimostrato con le sue dichiarazioni come con vivo interesse e spirito di grande equità attenda a tutto quanto si riferisce all'esercizio professionale. Egli prende visione personalmente di tutti i voti, ordini del giorno, memoriali, che pervengono alla Direzione generale di Sanità su questioni riguardanti i Medici e la salute pubblica. Egli è disposto a vagliare e studiare con sentimento benevolo tutte le critiche, le proposte, per tenerne il dovuto conto nella preparazione delle leggi e dei regolamenti sanitari.

COMMENTI.

L'Istituzione sanatoriale in Italia.

Riceviamo:

Illustre Direttore,

Nella Rubrica « Medicina Sociale » del N. 4 del *Policlinico*, sezione pratica, è stata pubblicata una nota del dott. Battigelli dal titolo « L'istituzione sanatoriale in Italia e il primo sanatorio popolare nella Venezia Giulia », nella quale giustamente viene messa in rilievo la grande importanza sanitaria e sociale del Sanatorio di Ancarano d'Istria « Generale Carlo Petitti di Roreto », inaugurato qualche mese fa e che sarà di gran beneficio per i tubercolotici della regione.

Mi sia permesso però rilevare che in detta nota esiste una lacuna non lieve, quella cioè relativa all'attività spiegata dall'Opera Nazionale per la assistenza per gli invalidi della guerra, unico Ente al quale si deve se la munifica donazione del primo governatore di Trieste redenta abbia potuto tradursi in benefica realtà.

Io credo che nessuno nella Venezia Giulia, e tanto meno il dott. Battigelli che adempie alla sua elevata missione di assistente nel Sanatorio di Ancarano, possa avere dimenticato le difficoltà ingenti opposte al nobile intento perseguito dall'Opera Nazionale invalidi di guerra, sia per procurare ai propri assistiti un Istituto sanatoriale munito di ogni conforto moderno, sia per i civili della regione colpiti da tubercolosi; ed è solo merito del Comitato Esecutivo dell'Opera Nazionale presieduto dal senatore prof. Lustig l'aver trionfato degli ostacoli.

È anche da rilevare che il Sanatorio di Ancarano ricovera oggi quasi esclusivamente tubercolotici di guerra a carico dell'Opera Nazionale Invalidi di guerra e che l'Opera stessa ha dimostrato anche ultimamente il suo interessamento all'istituzione contribuendo con la somma di L. 40.000 per l'impianto del gabinetto radiologico e sollecitando la Direzione Generale di Sanità Pubbblica per un contributo adeguato alla spesa occorrente per l'impianto di un gabinetto micrografico.

Nè è forse inopportuno ricordare che l'Opera

Nazionale Invalidi di guerra, dopo avere concorso con la sua tenacia all'istituzione del Sanatorio di Ancarano per la Venezia Giulia, ha subito dopo rivolto i suoi sforzi all'erezione del Sanatorio di Arco per la Venezia Tridentina ed ora sta provvedendo all'impianto del Sanatorio per le Calabrie.

Nel tempo istesso ha stanziato mezzo milione per favorire la costituzione di dispensari antitubercolari specialmente nel mezzogiorno d'Italia.

Grato se vorrà pubblicare la presente, Le porgo anticipati ringraziamenti con i sensi della più alta stima.

Dott. G. G. SEBASTIANELLI.
Capo Ufficio dell'Assistenza Sanitaria presso l'Opera Naz. Invalidi Guerra.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AVEZZANO. *Ospedale dei SS. Filippo e Nicola.* — Medico primario e chirurgo primario; vedi fasc. 6. Scad. 28 feb.

BASTIGLIA (*Modena*). — Cond.; vedi fasc. 6. Scadenza ore 17 del 21 feb.

CESA (*Caserta*). — A ore 12 del 10 mar., cond.; L. 7000 e 5 quadr. decimo; età lim. 40 a. Chiedere annunzio.

COTTANELLO (*Roma*). — Al 31 marzo, cond.; L. 10.600 fra stipendio ed indennità comprensiva; L. 50,15 tassa, al Sindaco.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilim. Riuniti.* — Aiuto specialista otolaringoiatra in S. M. Nuova; L. 5250 e c.-v.; età lim. 35 a. — Assistente per la Sez. Medica e assistente per la Sez. Chirurg. nello Spedale di Careggi; L. 5000 e c.-v.; età lim. 30 a. — Nomina e conferma biennali. Scad. ore 18 del 20 feb. Serv. entro 15 giorni. Chiedere annunzio.

KAMMA (*Pantelleria - Trapani*). — Per titoli e per gener. abitanti. Richiedensi almeno dieci anni esercizio ininterrotto. Stip. L. 12,000 annue, aum. dopo biennio prova, oltre ass. Munic., serv. pov. e necrosc. Scad. 9 marzo. Preferiti concorr. con titoli ostetr. Limite età 45 a., assunz. serv. 1° maggio. Docum. accomp. vaglia L. 15; schiarimenti, ecc. al cav. uff. Andrea Ferrandes, Kamma.

LODI. *Consiglio degli Ospedali.* — Medico radiologo; L. 6000 e sei quinquenni decimo; 1° c.-v.; percentuale non inferiore al 40 % sugli introiti delle ricerche e al 30 % sulle radioterapie a carico dei terzi eseguite nel Gabinetto. Scad. ore 16 del 28 feb. Età massima 35 a. Serv. entro 15 gg. Tassa di L. 50 al cassiere. Documenti all'ufficio di Segreteria.

MONTEFIASCONE (*Roma*). — Scad. 28 feb. L. 7000 per 1500 pov., addizion. L. 1.50; cinque quadrienni decimo; obbl. cav. per la quale verrà fissata l'indennità. Tassa conc. L. 50,10.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assist. effettivo di chirurgia; vedi fasc. 6. Scad. ore 18 del 28 feb.

PADRIA (*Sassari*). — Cond.; L. 10,500 di cui 1000 per uff. san., escluso c.-v.; quadrienni in corso approvaz. Scad. 20 feb. Tassa L. 50.

PIANCASTAGNAIO (*Siena*). — Scad. 20 feb., cond.; L. 6500 e c.-v.; oltre L. 3000 trasp.; trienni ventesimo. Tassa L. 50,15.

RAVENNA. — Primario radiologo del Comune, direttore dei Gabinetti di radiologia ed elettroterapia dell'Ospedale Civile; L. 12,000 e 5 quadrienni decimo; c.-v.; cointeressenza visite e cure abbienti. Docum. alla Segreteria del Comune non oltre il 28 feb. Età mass. 41 a. Tassa L. 50.10 all'Economo Comun. Triennio in gabinetto di radiologia ed elettroterapia. Divieto di esercizio priv. della specialità.

ROCCAROMANA (*Terra di Lavoro*). — A tutto il 20 feb.; età lim. 40; tassa L. 50.15; docum. a tre mesi; pov. 400 circa; L. 8000 e 5 quadrienni decimo, oltre L. 2500 cav. e 1° c.-v.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. sen. Giuseppe Sanarelli è nominato membro corrispondente della « Société de Biologie » di Parigi e membro onorario della « Académie Royale de Médecine de Belgique ».

I nostri rallegramenti all'insigne scienziato.

Sono stati nominati i seguenti professori di fisiologia: Mario Camis a Bari; Tullio Gayda a Cagliari; Gaetano Quagliariello a Catania; Giuseppe Amantea a Messina; Gaetano Viale a Sassari.

Al concorso per la cattedra di anatomia umana normale presso la R. Università di Sassari sono risultati i proff.: 1° Carlo Ganfini; 2° Giovanni Perna; 3° Primo Dorello. È stato nominato il prof. Ganfini. Il prof. Perna è stato incaricato dell'insegnamento presso la R. Università di Messina. Il prof. Dorello è stato chiamato a impartire lo stesso insegnamento presso la L. Università di Camerino.

Il prof. Sergio Sergi è stato assunto alla cattedra di antropologia presso la R. Universitàà di Roma, fondata dal padre.

Per il biennio 1925-26 alla R. Accademia medico-chirurgica di Napoli sono stati eletti: presidente prof. Rodolfo Stanziale; vice presidente prof. Gaetano Iappelli; segretario prof. Filippo Bottazzi; vice-segretario prof. Pio Marfori; tesoriere prof. Rocco Jemma.

La dott.ssa Myra Carcupino-Ferrari, presidente dell'Associazione Nazionale delle dottoresse in medicina e chirurgia, è stata chiamata, per nomina prefettizia, a partecipare all'Amministrazione della Congregazione di Carità di Salsomaggiore; nella prima seduta è stata eletta presidente della Congregazione stessa.

Sono stati insigniti della commenda della Corona d'Italia il prof. Francesco Sabatucci di Roma (rallegramenti al nostro collaboratore) e il prof. Egidio Morandi di Torino.

Il dott. Edoardo Pacitto è stato eletto presidente della Associazione Stomatologica Laziale.

PROFILI.

Il prof. GIULIO ALESSANDRINI, laureatosi a Roma nel 1892, ha consacrata la sua attività scientifica alla parassitologia: solo dando uno sguardo retrospettivo alla sua vita, si possono valutare i sacrifici compiuti da quest'uomo, il quale fu costantemente infiammato dall'amore per la scienza e dal trionfo di questa disciplina.

Attento e scrupoloso osservatore e ricercatore originale, doti che sono il frutto di un'educazione compiuta nei laboratori di zoologia, dove fra gli altri meriti ebbe quello di cooperare attivamente alla organizzazione di un Museo, conseguì la docenza di parassitologia nel 1904, ed ha tenuto l'incarico dell'insegnamento della materia fino ad oggi, nell'Istituto d'Igiene di Roma.

Ora che finalmente in Italia si è compresa l'importanza e la necessità di istituire una cattedra di parassitologia, degnamente, in esito a concorso, Egli è stato chiamato ad occuparla.

Un valido impulso l'Alessandrini ha dato agli studi sull'eziologia e sulla trasmissione delle malattie parassitarie. Classiche sono le sue ricerche sull'anchilostoma; a lui si deve la dimostrazione di un veleno emolitico elaborato dalle glandole cervicali, da lui isolate, e l'accertamento che il secreto di esse è capace di determinare l'anemia nell'uomo; egli ha dimostrato la diffusione delle larve per mezzo delle mosche, la infestazione per via cutanea nei cani e gatti, che non si infestano per via boccale, lo sviluppo delle uova in ambiente liquido; infine egli ha accertato la distribuzione geografica del parassita in Italia.

Interessanti e dimostrative sono le sue ricerche sulle larve della *Piophila casei*, sulla tossicità degli ascaridi, sul potere battericida dei vermi intestinali, sulla biologia dei pediculini e sui mezzi per distruggerli, sulla trasmissione della peste attraverso tutte le fasi di sviluppo di alcuni insetti, ecc.

Segnaliamo ancora numerosi e pregevoli lavori che l'Alessandrini possiede in zoologia, in istologia, su cure nuove introdotte per le infestazioni umane e animali. Fra le altre ricerche, quelle sulla pellagra, le ultime in collaborazione con Scala, pur non accolte con entusiasmo in Italia, hanno incontrato gran favore negli Stati Uniti e in altri Paesi, restando ad attestare il metodo rigoroso della ricerca scientifica.

A comprovare la speciale competenza dell'Alessandrini nella sua branca, restano le ampie monografie redatte nei trattati del Celli e del Lustig, corredate di magnifiche illustrazioni, dovute allo stesso autore.

L'Alessandrini ha messo insieme una magnifica raccolta di parassiti, la quale ha grande valore scientifico e didattico.

Ad un uomo simile, dotato anche di grande affabilità e rara modestia, non potrà mancare largo seguito di allievi e l'onore di fondare una scuola di parassitologia medica italiana!

N. S.

*
* *

Il prof. VITTORIO PUNTONI giunge all'ambito onore di coprire la cattedra di batteriologia della R. Università di Roma, a soli 38 anni. Laureato a Bologna nel 1910, ha compiuto il suo tirocinio scientifico quasi completamente negli Istituti d'Igiene di Bologna e di Roma, affermandosi in tutte le sue manifestazioni un puro e convinto allievo del suo illustre maestro, prof. Giuseppe Sanarelli.

La sua tendenza alla ricerca originale appare già nella tesi di laurea sulla biologia delle echinocisti, nella quale per primo afferma l'anafilassi idatidea. In seguito l'attività scientifica del Puntoni ha spaziato per molti campi della batteriologia e dell'igiene. Fra i moltissimi suoi studi ricorderemo, come più noti ed accettati, le ricerche sulla biologia del vibrione colerico ed intorno alla trasformazione del v. colerico in v. inagglutinabile; le ricerche sulla latenza dei microbi nell'intestino e sulle cause esterne che possono influire sulla flora intestinale; le ricerche sull'azione predisponente che le inalazioni putride esercitano sulla insorgenza della febbre tifoide; gli studi sui microbi arsenioattivi; le ricerche molto interessanti sull'azione disinfettante del fumo di tabacco; e quelle ancor più recenti sulla trasmissione del cimurro e sulla vaccinazione anticimurrosa.

Ma il campo di studi cui il prof. Puntoni ha veramente consacrato la sua attività negli ultimi anni, è quello della rabbia. Oltre ad importanti studi pratici sulle vaccinazioni antirabiche per mezzo dei vaccini fenicati, il Puntoni ha scoperto la *pluralità dei virus rabici* ed ha su di essa basato il nuovissimo procedimento dell'autovaccinazione. Egli ha avuto il merito di ideare una completa trasformazione dei servizi antirabici a Roma, migliorando e modernizzando i metodi, creando sezioni di cura, rifornite di vaccino da Roma, in numerose città italiane e diffondendo le vaccinazioni animali sia curative che preventive. L'opera scientifica e pratica svolta dal Puntoni nei riguardi della rabbia gli ha valso grande notorietà e considerazione non soltanto nell'ambiente medico italiano, ma altresì fra i cultori esteri di rabiologia.

L. V.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso Internazionale degli Infortuni del Lavoro e delle Malattie Professionali.

Il Comitato Permanente per la organizzazione dei Congressi Internazionali degli Infortuni del Lavoro, ha deciso di riprendere la serie dei Congressi, interrotta dalla guerra, e di tenere il IV Congresso Internazionale nel corrente anno ad Amsterdam.

Sono stati nominati Presidenti d'onore i professori Oliver di Newkastle e Kaufmann di Zurigo.

A rappresentare l'Italia sono stati chiamati i professori Devoto e Pisenti, i quai, colla loro competenza in materia, terranno alto il prestigio del nostro Paese.

I temi posti in discussione sono del più alto interesse, e il Comitato del Congresso conta sopra un largo concorso di studiosi di tutti i paesi.

Le comunicazioni vanno indirizzate al segretariato generale del Congresso, Pieter de Hoochstratt, 55, Amsterdam; e noi speriamo che i nostri cultori di malattie professionali e di infortunistica in genere non mancheranno di intervenire, portando il loro contributo fra gli studiosi delle più progredite Nazioni.

Convegno interregionale di Medici Infortunisti.

L'8 marzo nel Teatro di Medicina Legale della R. Università di Bologna, avrà luogo il Terzo Convegno Interregionale dei medici infortunisti, presieduto dai professori Giuseppe Moriani, Camillo Tovo e Francesco Cioffi. Il dott. Galante riferirà sul tema « Aortiti da infortunio »; seguiranno numerose comunicazioni. Si sono già inscritti a parlare i proff. Benassi, Domenichini, Gallerani, Guerrieri, Panzacchi, Maccanti, Marsili, Roli e Samaja.

In detto giorno avrà luogo l'Assemblea Generale dei Soci della Sezione Emiliana. Chi desiderasse fare comunicazioni è pregato di informarne, entro il 28 febbraio, il segretario, dott. cav. Mario Marsili (Cassa Nazionale Infortuni - Bologna).

Congresso generale del fanciullo.

Nell'agosto prossimo si terrà a Ginevra il « I° Congresso Generale del Fanciullo », di carattere eminentemente sociale in rapporto con la dichiarazione dei diritti del fanciullo, detta « dichiarazione di Ginevra ».

Il programma preliminare comprende tre sezioni: I. Igiene e medicina; II. sociale e amministrativa; III. educazione e propaganda. La 1ª Sezione include: 1° relazioni comparative sulle misure prese nei varî paesi dirette a ridurre la mortalità prenatale, neonatale e della prima età; 2° alimentazione razionale dei lattanti, nell'età prescolastica e nell'età scolastica; 3° elioterapia e igiene scolastica; 4° unificazione delle statistiche della mortalità prenatale, neonatale e della prima infanzia; 5° prevenzioni delle infermità nel fanciullo.

Per informazioni rivolgersi all'« Unione Italiana di assistenza all'infanzia », affiliata all' « Union Internationale de secours aux enfants de Genève », Roma, Via Toscana, 12 (Tel. 31-449).

Corso di perfezionamento sulle malattie tubercolari.

Nell'Istituto di studî scientifico-pratici sulla tubercolosi avente sede in Genova, in Via Balilla 5, si terrà dall'8 marzo all'8 aprile c. a. un Corso di perfezionamento sulla Patologia e Clinica della Tubercolosi. L'insegnamento è impartito dalla quasi totalità dei professori titolari della Facoltà medica di Genova.

I medici italiani e stranieri vi sono liberamente ammessi dietro la sola presentazione del certificato di conseguita laurea. L'iscrizione è gratuita. Indirizzare le domande alla Direzione dell'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi, via Balilla 5, Genova.

Corso di perfezionamento in igiene.

Si terrà a Firenze, a partire dal 2 marzo, per la durata di un bimestre, sotto la direzione del prof. Giuseppe Gardenghi. Potranno iscriversi laureati in medicina e chirurgia, in scienze naturali, in chimica pura, in chimica e farmacia, in zoojatria e i diplomati in Farmacia. Tassa d'iscrizione lire 300.50 (compresa la marca da bollo per la quietanza, più 0.10 se inviata a mezzo cartolina vaglia), pagata alla Cassa della R. Università, piazza San Marco, n. 2.

Le iscrizioni si ricevono alla Segreteria della Facoltà Medico-Chirurgica (via degli Alfani, 33) fino al 28 febbraio.

Corsi di patologia esotica e di parassitologia medica.

Nell'Istituto delle malattie nautiche e tropicali di Amburgo (Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten) verranno tenuti quest'anno due corsi; il primo durerà dal 9 marzo al 16 maggio, il secondo probabilmente dal 5 ottobre al 12 dicembre.

I corsi comprendono conferenze, dimostrazioni ed esercizi pratici sui seguenti soggetti: clinica, etiologia, anatomia, patologia, trasmissione delle malattie esotiche, e così pure lotta contro di esse; introduzione allo studio dei protozoi patogeni, dell'elmintologia ed entomologia medica, delle epidemie animali e dell'ispezione delle carni, ed infine dell'igiene nautica e tropicale. (Si prega di portare il proprio microscopio. Prospetti particolareggiati dietro richiesta). I corsi saranno tenuti da: B. Nocht, F. Fülleborn, G. Giemsa, F. Glage, M. Mayer, E. Martini, P. Mühlens, E. Paschen, E. Reichenow, H. da Rocha-Lima, W. Weise, K. Sannemann.

I partecipanti al corso, purchè medici approvati, potranno a richiesta sottomettersi ad un esame finale di « Medicina tropicale e parassitologia medicale »; se lo sosterranno con successo sarà rimesso loro un diploma.

Si prega d'iscriversi al più tardi due settimane prima dell'apertura del corso e d'inviare ogni corrispondenza all'Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg 4 (Germania), Bernhardstrasse 74.

Una grande Colonia sanatoriale nell'Italia Centrale.

Sotto gli auspici dei Prefetti delle Provincie di Bologna, Firenze e Modena, e sotto la presidenza del Prefetto gr. uff. Barone C. Errante, si è adunato in Modena il Comitato promotore per la fondazione di una grande Colonia sanatoriale nell'Italia Centrale.

Hanno aderito, tra gli altri molti, i professori Marchiafava, Mangiagalli, Sanarelli, V. Ascoli,

Fedeli, Bastianelli, Devoto, Schupfer, Gardenghi, Bonola, Bignami, ecc.

Il Sanatorio avrà una Sezione industriale ed un reparto speciale pei meno abbienti.

Ospedale-sanatorio di Careggi.

Nel dicembre scorso a cura dell'Amministrazione del R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti di Firenze fu aperto un Ospedale-Sanatorio di nuova costruzione situato a quattro chilometri circa dalla Città, in località denominata Careggi.

È situato in posizione ridente a' piedi di una collina rivestita di bosco e consta di due ampi padiglioni, uno per uomini ed uno per donne, di due altri edifici per malati a pagamento, oltre i fabbricati per i servizi generali.

Ogni padiglione, costruito secondo ogni regola igienica, è capace di cento letti, ed è provvisto di adatte verande per la cura d'aria; vi sono ampi giardini dove i malati possono trattenersi.

Lotta antitubercolare tra i postelegrafonici.

Il Comitato di azione patriottica fra il personale postelegrafonico per festeggiare il 25° anno di regno di Vittorio Eman. III ha deliberato di erigere un monumento al re soldato nel palazzo delle Poste in Roma, a somiglianza di quelli donati dallo stesso Comitato a Trento, Trieste, Fiume e Zara; e per rendere omaggio al desiderio espresso dai Sovrani, di devolvere le somme di beneficenza raccolte a costituire una Fondazione per le cure montane e marine dei figli dei postelegrafonici e per la profilassi della tubercolosi negli uffici.

Donazioni.

La Commissione centrale di beneficenza amministratrice della Cassa di Risparmio delle Provincie Lombarde, adunatasi sotto la presidenza dell'on. De Capitani, ha approvato la proposta del suo Comitato esecutivo, di celebrare il 25° anniversario dell'assunzione al trono del Sovrano, stanziando la somma di 8 milioni in opere di medicina e igiene sociali, di cui 1.500.000 all'Istituto Vittorio Eman. III per lo studio e la cura del cancro e 6.500.000 per mutui di favore a contadini e operai di zone rurali della Lombardia per la costruzione di case economiche.

Il comm. Bindo Hannau, agente di cambio in Roma, ha versato all'Opera Pia degli Ospizi Marini per i fanciulli poveri, rachitici e scrofolosi della città e provincia di Roma, la somma di lire 20.000 per l'acquisto di un apparecchio radiografico e radioscopico indispensabile all'Ospizio Marino di Anzio. Tale offerta è stata fatta per ricordare il defunto figlio Vittorio, che avrebbe oggi compiuti gli anni 31. Già il comm. Hannau alcuni mesi or sono volle versare lire 35.000 al medesimo istituto per avere un letto intestato alla memoria del figliuolo.

Per il prof. Ugolini.

In seguito alle dimissioni presentate dal prof. A. Torti da dirigente dei servizi sanitari degli Ospedali Riuniti, il presidente di quella Amministrazione chiamava a coprire l'alta carica il dott. prof. Rodolfo Ugolini, direttore dell'ospedale San Giovanni.

Per festeggiare la nomina dell'illustre sanitario tutti i medici dell'ospedale S. Giovanni hanno voluto offrirgli un banchetto, anche a riconoscimento della ammirevole tenacia con cui egli è riuscito ad ottenere dal comm. Vitetti notevoli somme per migliorare l'Istituto, cui era preposto. Infatti i lavori di restauro, trasformazione e ingrandimento nel fabbricato ospedaliero sono oramai prossimi al compimento.

Il professore Ugolini fu festeggiato da tutti i colleghi per quanto essi veggano a malincuore allontanare il loro direttore a cui si sentono legati da affettuosa devozione. Palarono i proff. Galli e Micheli, i dottori Trulli e Petacci illustrando le preclari doti del festeggiato e augurando che l'opera sua continui a svolgersi efficace e benefica. Rispose il prof. Ugolini ringraziando per la spontaneità della affettuosa manifestazione.

I medici all'on. Del Croix.

Nei locali del Comitato Centrale dell'Associazione dei Mutilati il Generale Medico Francesco Della Valle, accompagnato dal prof. Gallenga Presidente dell'Associazione dell'Ordine dei Medici, dal prof. Giardina e comm. Crisafulli della Direzione della Sanità Pubblica, dal Generale Medico della R. Marina comm. Repetti, dal prof. Roselli, S. M. O. N., dal maggiore Donati, dal col. med. Lapponi, dal capitano med. Bocchetti, Segretario Generale della Celebrazione del Medico Caduto in guerra e da altri rappresentanti della Sanità Militare e della Croce Rossa Italiana, a nome di tutti i Medici d'Italia ha offerto all'onorevole Del Croix una grande targa di oro in riconoscenza dell'ispirata commossa orazione pronunziata dal grande mutilato in Firenze in occasione della Sacra del Medico.

Parlò il gen. della Valle, cui rispose Carlo Del Croix, che terminò col dire che: « per le vie della Patria, i servitori di essa toccati dal ferro e dal fuoco, serbano nel chiuso del loro cuore una fiamma inestinguibile di amore e di gratitudine; essa è per la classe sociale la più nobile, la più pura, essa è per i Medici ».

Per i soldati di Sanità caduti in guerra.

Il Comitato promotore delle onoranze ai soldati di Sanità caduti di guerra ha deliberato di costituirsi in Comitato nazionale sedente in Roma. Esso è composto dell'on. Perna prof. Amedeo, presidente, e dei sigg. Vittorio Branchi, segretario,

Gino Marzi, cassiere, Barbetta Angelo, Mussinetti Celestino, Peroni Angelo, consiglieri.

È stato proceduto alla costituzione di sottocomitati nelle principali città d'Italia, e si sta costituendo un Comitato d'onore al quale hanno già aderito illustri autorità mediche.

La corrispondenza va indirizzata al segretario, Vittorio Branchi, via del Bufalo 138-A, Roma.

Il corso per infermiere della Croce Rossa.

Nell'aula della R. Clinica Medica al Policlinico Umberto I di Roma, ebbe luogo la solenne inaugurazione del corso infermiere volontarie, convittrici e assistenti sanitarie della Croce Rossa.

Il prof. V. Ascoli che presiedeva mise in rilievo la crescente importanza dell'assistenza infermiera in Italia e i magnifici risultati finora ottenuti. Egli fece un caldo appello alle autorità dello Stato perchè, riconoscendo la necessità del lavoro di assistenza femminile, vogliano seguirlo e incoraggiarlo lungo la via, e perchè si giunga al riconoscimento ufficiale dell'opera loro col diploma di Stato. Il discorso del prof. Ascoli fu lungamente applaudito.

Prese poi a parlare la delegata generale per le infermiere marchesa Irene di Targiani Giunti, la quale disse che si erano avuti, con quello ora iniziato, dodici corsi per infermiere volontarie dopo la guerra nelle varie scuole convitto per professioniste che sorgono nelle facoltà mediche del Regno e sette corsi di assistenti sanitarie. La marchesa di Targiani fece voti essa pure perchè l'autorità statale voglia sanzionare ufficialmente una professione così umanitaria.

Il presidente della Croce Rossa, senatore Ciraolo, portò al prof. Ascoli la espressione della gratitudine della Croce Rossa per l'opera sua di scienziato, di sociologo e di filantropo.

Erano presenti alla cerimonia spiccate personalità del mondo medico e dell'aristocrazia.

Onoranze tunisine alla salma di un medico italiano.

Il 28 febbr. la salma del maggiore medico italiano Aldo Costa, nato a Susse (Tunisia), morto sul campo dell'onore nel Trentino il 14 marzo 1916, è stata trasportata dall'Italia a Tunisi sul piroscafo « Argentina ». È la prima salma di milite italiano morto in guerra che è ricondotta in Tunisia.

Si è svolta una cerimonia imponente con l'intervento delle autorità consolari, italiane ed estere, delegazioni delle scuole italiane, associazioni patriottiche italiane e francesi e numerosa folla. Il residente generale era rappresentato da Giraudet, direttore dell'ufficio dei mutilati.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Importantissime pubblicazioni a disposizione dei signori abbonati al "POLICLINICO,,:

Prof. Dott. LUIGI FERRANNINI della R. Università di Napoli

La TERAPIA CLINICA nella Medicina pratica

Indicazioni - Prescrizioni igieniche, fisiche dietetiche e farmaceutiche

Un grosso volume di pagine VIII-574, nell'ampio formato della Collana Manuali del «Policlinico» nitidamente stampato su carta di lusso e rilegato artisticamente, dal rinomato Stabilimento Staderini di Roma, in tutta tela inglese con iscrizioni sul piano e sul dorso. Prezzo L. **58** più le spese di spedizione e di raccomandazione. Pei nostri abbonati, sole L. **52** con l'invio in porto franco.

Per una speciale concessione da noi ottenuta, siamo in grado di offrire ai sigg. abbonati del "Policlinico,, per sole **L. 41,75, in porto franco,** l'interessante pubblicazione del

Prof. LUIGI FERRANNINI della R. Università di Napoli

Manuale di SEMEIOLOGIA MEDICA, fisica e funzionale

(4ª edizione)

Vol. in 8° di pag. XII-689 con 215 figure intercalate nel testo ed 1 tavola a colori, che trovasi in commercio a **L. 45** più le spese postali di spedizione.
Abbiamo anche l'edizione rilegata in tela che costa L. 50 e che cediamo per L. 46,75.

Intorno a questo volume ecco come si è espresso l'insigne maestro **Prof. ANTONIO CARDARELLI** nella sua lezione clinica del 6 giugno 1923:

«Questo precetto (a proposito dell'apice polmonare) che io vi ho dato, in talune Semeiotiche non lo troverete ben espresso. Ma in quel libro *che io consulto spesso e che vorrei fra le mani di tutti i giovani, e che anzi ogni medico dovrebbe avere nella sua biblioteca,* **in quel libro di Semeiotica che ha scritto Luigi Ferrannini troverete tutto bene esposto ed espresso. È un libro di Semeiotica perfettissimo, che ogni clinico dovrebbe posssedere: Vi giuro sul mio onore che è un libro monumentale.»**

Prof. dott. **GIOACCHINO FUMAROLA**
Libero docente e 1° Aiuto
nella Clinica delle malattie nervose e mentali
della R. Università di Roma

Diagnostica delle Malattie del sistema nervoso

Prefazione e due capitoli del prof. **GIOVANNI MINGAZZINI.**

Intorno a questo nostro volume, ecco come si è testè espresso **AUGUSTO MURRI:**

« . . . . . . benchè io non abbia avuto ancora il tempo da leggerlo tutto, n'ho visto nullameno tanta parte per aver il diritto di sperare ch'esso servirà ad elevare grandemente la coltura dei medici italiani in quella branca della Medicina moderna, ch'è la Neurologia, finora molto trascurata . . . . ».

PARTE GENERALE. — Un volume in-8 di pag. VIII-352, edito in carta di lusso, nitidamente stampato, con 175 figure quasi tutte originali intercalate nel testo più 8 tavole, fuori testo, a colori. — Prezzo L. **42.** Per i nostri abbonati, franco di porto, per sole . . . . L. **36,75**

PARTE SPECIALE: **Sistema nervoso periferico.** — Un volume di pag. 242, con 67 figure intercalate nel testo. — Prezzo L. **28.** Per i nostri abbonati, franco di porto, per sole **L. 25,75**

Prof. PAOLO GAIFAMI
Direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica della R. Università di Bari

Prontuario di Terapia Ostetrica

Vademecum del medico pratico

Prefazione del Prof. Sen. ERNESTO PESTALOZZA

Un volume di oltre 250 pagine in formato tascabile, nitidamente stampato su carta distinta, con 78 figure intercalate nel testo ed elegantemente rilegato in piena tela flessibile. — Prezzo L. **18.**

Per gli abbonati al "Policlinico,, sole L. **16.50**

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI, della R. Università di Roma

La voce parlata e cantata, normale e patologica

Guida allo studio della fonetica biologica

Prefazione del Prof. SANTE DE SANCTIS della R. Università di Roma

Un volume (N. 13) della nostra Collana Manuali del "Policlinico,, di oltre 500 pagine, con 194 figure originali nel testo ed una riuscitissima illustrazione sulla copertina, nitidamente stampato su carta semipatinata.

In commercio L. 35 più le spese postali di spedizione; per i nostri abbonati sole L. 32,90 in porto franco.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale al Cav. Luigi Pozzi - Via Sistina 14, Roma.

ANNO XXXII Roma, 23 Febbraio 1925 Fasc. 8

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA.

Il trattamento delle comuni fratture diafisarie sottocutanee della clavicola.

Prof. DOMENICO TADDEI, direttore.

La abituale fissazione del braccio in adduzione e rotazione interna, gomito flesso, mano in posizione intermedia tra pronazione e supinazione, la fissazione tradizionale cioè del « braccio al collo » nei fratturati di clavicola è tra i peggiori dei metodi di cura.

La posizione in adduzione del braccio, negli individui, i quali per una ragione qualunque debbono tenere per un tempo più o meno lungo immobilizzato il braccio, oltre a non determinare la riduzione dei frammenti, stabilisce colla rigidità in adduzione, difficilmente vincibile, una diminuzione più o meno notevole della capacità lavorativa.

Nei fratturati di clavicola con modico spostamento meglio sarebbe non praticare alcuna immobilizzazione.

Contro l'impiego di tale posizione già numerosi chirurghi moderni, ed io fra questi, abbiamo portato il contributo della parola e dello scritto. È questa una campagna umanitaria contro una pratica tradizionale tra le più dannose per la funzione importantissima dell'arto superiore.

D'altra parte nelle fratture di clavicola l'abduzione del braccio ad angolo retto (come propose

Ghillini) è un metodo inaccettabile perchè come la clinica e la radiografia dimostrano e come ha riscontrato Catterina nel cadavere, l'abduzione del braccio accentua lo spostamento del frammento esterno.

D'altra parte nei Trattati, che vanno per le mani degli studenti e dei medici pratici, si seguitano a ripetere descrizioni e figure di fasciature ed apparecchi classici (Desault, Gerdy, Chassaignac, Gratschoff, Hennequin, Lannelongue, Le Dentu, Velpeau, Sayre, Hensner, Braatz, Bünguer, ecc.) forse più dannosi ed irrazionali che inutili.

Ad es. l'apparecchio di Sayre, figurato in tutti i trattati, con il quale ci si illude di mantenere la contenzione con striscie di cerotto: l'apparecchio di Guillemin, che vorrebbe modificare la classica « stella dorsi » di Petit con 2 anelli o 2 tubi disposti intorno alle spalle e tirati posteriormente, che dovrebbero mantenere spostati all'indietro i monconi delle spalle; i processi, coi quali si crede di allontanare dalla linea mediana il moncone della spalla coll' interposizione nell'ascella di un guanciale o di un rotolo (sia pure di forma speciale come abbastanza di recente ha proposto Jonson), sono processi illusori: i risultati che si ottengono sono a migliaia a dimostrarlo.

Le modificazioni, che alcuni autori moderni hanno portato a questi processi antichi, col braccio avvicinato al torace ed in rotazione interna, non risolvono il problema.

Così riconosciuto quanto sia inutile praticamente la classica fasciatura a croce di S. Andrea dorsale, Lejars ha proposto di accentuare lo spostamento indietro dei monconi delle spalle, traendo questi mentre si spinge col ginocchio applicato nello spazio interscapolare; così Reich ha proposto di applicare la « stella dorsi » sul malato narcotizzato e disposto supino colle braccia abdotte ed estese. Anche questi accorgimenti, se possono migliorare la riduzione, non valgono a mantenerla.

Queste modificazioni a metodi vecchi, come i numerosi metodi e processi proposti, dimostrano la insufficienza loro.

La cura esatta delle fratture della clavicola alla quale debbono tendere i chirurghi, che di fronte ad ogni problema cercano col proprio raziocinio e colla propria esperienza di raggiungere l'optimum, è tenuta in scarsa considerazione dal medico pratico.

È noto infatti come anche con notevole accavallamento dei monconi, con notevole accorciamento dell'osso, con corrispondenti notevoli deformità, la funzione della spalla e del braccio possa nei fratturati di clavicola non essere gravemente compromessa, purchè non si abbia rigidità dell'articolazione scapolo-omerale.

Ma la deformità visibile è un documento perenne e argomento facile di denigrazione dell'opera del medico: e d'altra parte se anche in primo tempo non si hanno compressioni vascolari o nervose, queste possono apparire tardivamente per parte di un callo esuberante, frequente nelle mancate riduzioni.

Alcuni chirurghi moderni, viste le difficoltà di ottenere con metodi incruenti la riduzione e la contenzione delle fratture clavicolari, consigliano e praticano la cura cruenta.

Dati però i pericoli, sia pure non grandi con le risorse chirurgiche moderne, inerenti alla cura cruenta delle fatture, data la possibilità di ottenere col metodo, sul quale credo opportuno di richiamare l'attenzione con questa nota, risultati egualmente buoni senza operazione, ritengo con molti chirurghi che la sintesi cruenta con qualunque processo ottenuta dei monconi di frattura della clavicola sia un metodo di eccezione con particolari indicazioni e cioè:

1) Raccorciamento considerevole della clavicola, per accavallamento notevole dei frammenti non correggibile o di correzione assai difficile.

2) Compressione nervosa.

A queste indicazioni di Lejars aggiungerei le seguenti:

3) Irriducibilità (presenza di frammenti intermedi).

4) Compressione o lesione vascolare specialmente della vena succlavia.

5) Indicazione estetica specialmente in signore, che curano il *decolleté*: assai più facile infatti è con mezzi di *toilette* rendere meno appariscente una cicatrice che non una notevole deformità ossea.

6) Esposizione della frattura per perforazione della cute da parte del frammento sternale.

Un breve cenno credo opportuno ancora di dare intorno ad alcuni metodi moderni di cura ambulatoria incruenta delle fratture di clavicola prima di trattenermi sul metodo, che credo preferibile:

Metodo di Bayer: Fissazione dell'avambraccio portato orizzontalmente dietro il dorso.

Metodo di Klapp: Fissazione del braccio e dell'avambraccio nella II posizione della riduzione delle lussazioni di spalla secondo Kocher (braccio addotto, rotato all'esterno finchè l'avambraccio flesso si trovi nel piano frontale): la rotazione esterna deve arrestarsi secondo Catterina, quando l'avambraccio è in posizione sagittale.

Metodo di Ghillini: Abduzione ad angolo retto e rotazione interna dell'arto.

Con un interessante studio dal punto di vista

clinico e sperimentale Catterina ha stabilito fatti già clinicamente controllabili e cioè che le tecniche di Dessault, di Lejars, di Bayer, di Reich, di Sayre, di Ghillini non riducono i frammenti nel cadavere. Egli ha trovato che il metodo che meglio riduce è quello di Klapp.

Egli afferma che il metodo di Ghillini è il peggiore e che in genere nel cadavere i metodi con abduzione del braccio non riducono i frammenti.

Da anni vado studiando il metodo migliore per la cura delle fratture di clavicola. Ho provato clinicamente molti dei processi proposti, almeno di quelli più noti.

Non credo che le ricerche sul cadavere possano risolvere li problema per molte ragioni, perchè: 1) è abolita l'azione dei muscoli; 2) riduzione ottenuta non vuol dire contenzione mantenibile praticamente sul vivo; 3) è facile di stabilire i risultati anatomici sul vivo coll'esame clinico e le radiografie ripetute; 4) è necessario di usare un metodo, che sia sopportato dal traumatizzato; 5) bisogna curare oltre agli anatomici gli esiti funzionali, che hanno non di rado maggior valore dell'esattezza anatomica della riduzione.

Il metodo di Klapp, che secondo Catterina e del resto come dimostra lo studio radiologico nel vivo, è il migliore, ha l'inconveniente di fissare il braccio al torace con le ben note conseguenze.

Un metodo esiste che dà migliori risultati anatomici e funzionali: e questo è il metodo di Couteaud, che da Catterina non è stato nel suo interessante studio preso in considerazione.

Eccone brevemente la tecnica poco nota:

Il paziente è coricato orizzontalmente sul dorso sul margine di un letto piuttosto rigido (interposizione di una tavola tra le materasse) colla spalla sporgente dal margine del materasso e col braccio lasciato pendere verticalmente in basso in estensione per il proprio peso.

Dopo 2-3 giorni, essendosi già rilasciati i muscòli ed i frammenti esattamente giustapposti, si toglie l'azione del peso totale del braccio, appoggiando il gomito flesso e l'avambraccio su di uno sgabello soffice sufficientemente alto: il traumatizzato deve restare (sempre supino a letto) in questa seconda posizione una quindicina di giorni.

Questo metodo dà risultati ottimi: ma esso ha molti inconvenienti.

Richiede (come il metodo di trazione a pesi semplice o alla Bardenheuer) la degenza a letto. L'arto si fa edematoso. La posizione e l'immobilità sono penose: si hanno dolori all'arto, che impediscono di mantenere anche talora per 1 o 2 giorni la prima posizione. Anche se si pone il paziente e l'arto subito nella seconda posizione, come hanno proposto anche altri (Oudard, Clement) il processo è male accettato e sopportato dal paziente.

Riconosciuto che la posizione di Couteaud è la migliore per la riduzione e la contenzione delle fratture di clavicola, basta eliminarne gli inconvenienti: ciò si ottiene rendendo il metodo ambulatorio.

Soubeyreau aveva cercato di fissare la posizione di Couteaud per mezzo di un apparecchio gessato: ma come appare anche dalla figura annessa al lavoro esso non ripete la posizione voluta. Ad ogni modo in una statistica di 61 casi, così trattati, si sono avuti 56 risultati ottimi (non deviazioni, non sporgenza del callo, non raccorciamento della clavicola, funzione completa della spalla, ecc.).

Nei 5 casi, nei quali il risultato fu meno buono il trattamento non fu esatto: In uno di questi si ebbe perfino l'allungamento della clavicola di un centimetro.

Ombredanne ha cercato di rendere più esatta la tecnica per ottenere e mantenere ambulatoriamente la posizione di Couteaud.

Eccola in breve: Malato in piedi: un aiuto dietro a lui afferra il gomito del lato leso con una mano e con l'altra la spalla sana e quindi porta il braccio in alto in dietro ed in dentro. Il chirurgo colle dita sulla clavicola constata ed aiuta la riduzione dei monconi. Questa è di solito completa quando l'omero è perpendicolare al piano che passa per le articolazioni delle spalle e delle anche. Ottenuta questa posizione la si fissa con un apparecchio gessato.

Però anche questa tecnica non riesce sempre ad ottenere la posizione voluta per le opposizioni muscolari, per il dolore che la posizione determina, per la torsione del tronco.

Nel fratturato di clavicola in piedi o seduto è difficile mantenere il braccio indietro e perpendicolare al piano frontale del corpo. Non si riesce ad impedire la torsione del tronco nè immobilizzando con una mano la spalla opposta (l'immobilizzazione è insufficiente), nè traendo l'arto opposto in avanti (la torsione del tronco è favorita) nè traendolo indietro, come quello del lato leso (la posizione è dolorosa).

Per ottenere esattamente la posizione di Couteaud e per mantenerla è necessario o mettere il paziente sul letto nella posizione voluta per 1 o 2 giorni, finchè i muscoli siano rilasciati o meglio praticare la narcosi, che del resto è indispensabile (se non si applichi la trazione per ottenerne la riduzione lenta) nel massimo numero delle fratture, che si vogliono esattamente ridurre in modo rapido.

Anche non ricorrendo alla narcosi, è necessa-

rio che l'apparecchio gessato sia applicato sul paziente coricato col braccio pendente perpendicolarmente verso il terreno per il proprio peso. Solo in tali modi si evita la torsione del tronco, si ricompone esattamente la frattura, si realizza e si mantiene senza fatica o con minimo dolore la posizione di Couteaud, si facilita l'applicazione dell'apparecchio, del resto assai semplice, che fissa la spalla ed il braccio girando intorno al torace. La sede della frattura può rimanere scoperta, ritagliando il tratto di apparecchio corrispondente alla fossa sopraclaveare e alla clavicola.

La tecnica migliore è, secondo me, la seguente: Il paziente dopo 48 ore dalla frattura e cioè quando ormai è arrestata ogni emorragia dipendente dalla frattura stessa, sia che si sia intanto tenuto a letto nella prima posizione di Couteaud, sia che sia comunque provvisoriamente immobilizzato, viene disteso col braccio sul margine di un letto o di un tavolo e col tronco e la testa sostenute da un apposito sostegno a piede.

Tale sostegno, che io adopero abitualmente quando si debba fasciare il torace nei malati in posizione supina, è molto semplice.

Su di un piedistallo pesante è innestata un'asta di legno e di metallo, che si può alzare od abbassare e che termina con una stecca disposta sulla prima a T. La parte verticale viene disposta in modo, che corrisponda alla nuca del paziente: delle 2 parti del tratto verticale una appoggia contro la regione dorsale della colonna vertebrale, e sostiene il tronco, l'altra appoggia e sostiene la testa.

Questa stecca orizzontale può essere rettilinea larga 6-8 cm. lunga 40-50 cm., oppure può essere lievemente curvata e sagomata in modo da adattarsi alle curve della nuca e della testa del paziente.

La porzione dorsale viene compresa nell'apparecchio mentre lo si costruisce e viene poi sfilata quando l'apparecchio è compiuto e solido. L'apparecchio gessato arriva poco più su del gomito, che è bene resti libero.

Non avendo il sostegno a T, qualunque sostegno può essere usato: il margine della spalliera di una sedia, un sostegno verticale fatto di mattoni o altro, sull'estremo del quale si fissa orizzontalmente comunque una stecca.

Un mezzo pratico può essere anche rappresentato dall'uso di un'asta di ferro (come quelle che alcuni usano per fasciare il bacino e la radice delle coscie) del diametro di cm. 1/2-2 e lunga 1 m. e 1/2 di cui un estremo si applica sull'estremo del tavolo, sul quale è adagiato il bacino del paziente e che tenuta all'altro estremo sorregge il tronco e la testa ad essa appoggiati: naturalmente viene sfilata dopo costruito l'apparecchio.

L'apparecchio di gesso viene mantenuto circa 15 giorni, tempo sufficente perchè la consolidazione sia tale da impedire ulteriori spostamenti: tale tempo è sufficente perchè spesso si tratta di giovani, nei quali il processo di riparazione è rapido.

BIBLIOGRAFIA.

OUDARD. Arch. de med. e pharm. navales, 1913.
SOUBEYRAU. Journal des praticiens, 20 febb. 1919, p. 113.
VERDIER. Thèse de Paris, 1919 (metodo di OMBREDANNE).
BAYER. *Dorsale fixation des Armes bei Schlüsslbeinbrucks.* Zentralb. f. Chir., 1900, n. 37.
KLAPP. *Die Behandlung der Schlüsselbeinbruckes mit Hebelextension.* Zentralbl. f. Chir., 1908, n. 35.
JANSEN. *Ein einfacher Verband zur Behandlung der Schlüsselbeinbruckes.* Münch. Med. Wochens., 1913, 9.
REICH. *Ein neues Verfahren zur Behandlung der Schlüsselbeinbruckes.* Zentralbl. f. Chir., 1914, n. 24.
GHILLINI. *Terapia della frattura della clavicola.* Policlinico, 1916.
CATTERINA. *Studio clinico sperimentale sulle fratture della clavicola.* Chir. degli organi del movimento, vol. III.

MEDICINA LEGALE.

Le radicoliti nella pratica infortunistica

per il prof. E. FOSSATARO,
libero docente di traumatologia.

Accade, non raramente, di attribuire ad un trauma o ad un processo inflammatorio di una parte del corpo disturbi di moto, di senso e trofici, che, ad un attento esame, si riconoscono essere di natura radicolare.

Citerò alcuni esempi, per potere, sulla base di essi, risalire alla dottrina della radicolite.

1) *Paralisi radicolare del plesso brachiale, tipo inferiore.* — Un contadino, di nome M., racconta che l'anno scorso, lavorando con il picco, sentì un dolore alla mano, in corrispondenza dell'osso pisiforme. Dopo due o tre giorni si formò un ascesso sulla superficie dorsale del primo spazio interdigitale, che fu aperto. Ora si lagna di non potersi servire della mano per prendere un oggetto qualsiasi.

All'esame si trova l'osso pisiforme ingrossato, ed una piccola cicatrice, non aderente, sul dorso della mano, in corrispondenza del primo spazio interdigitale.

La mano sinistra è denutrita per atrofia con-

siderevole del muscolo adduttore del pollice, dei muscoli interossei e dell'eminenza ipotenare. Le prime falangi non si possono flettere attivamente. Le due ultime falangi si flettono. Il divaricamento delle dita non è possibile attivamente. Il pollice non può opporsi ad alcun dito.

Oltre a ciò, la mano ha tendenza alla flessione dorsale, quando il M. vuol chiuderla a pugno.

La flessione palmare esiste, ma è poco energica.

Vi è ipotrofia considerevole della muscolatura al terzo inferiore dell'avambraccio.

I sintomi descritti sono quelli della paralisi del nervo cubitale.

Ora, per mettere questa paralisi in relazione con l'infiammazione flemmonosa, a cui il M. andò soggetto l'anno scorso, bisognerebbe che l'ingrossamento dell'osso pisiforme, che si trova in lui, fosse una conseguenza del flemmone, e che l'osso ingrossato comprimesse il nervo; ovvero che, in seguito del taglio fatto nel primo spazio interdigitale, di cui si vede, come postumo, una piccola cicatrice, si sia avuta una nevrite ascendente, iniziatasi dai filetti nervosi che si distribuiscono ai tessuti circostanti.

La prima ipotesi (compressione del nervo a livello dell'osso pisiforme) si doveva escludere, perchè, essendovi la limitazione e debolezza della flessione palmare della mano, con ipotrofia della muscolatura al terzo inferiore dell'avambraccio, era certo che la lesione del nervo si trovava al disopra del ramo che va al muscolo lungo flessore del carpo, ramo che si distacca dal tronco del nervo cubitale a circa metà dell'avambraccio.

In quanto alla seconda ipotesi di una nevrite ascendente, originatasi dalla ferita del taglio operatorio, che fu fatto nel primo spazio interdigitale, erano mancati i sintomi; e, cioè, i dolori della nevrite e l'ingrossamento del nervo.

Per queste ragioni non si poteva spiegare la paralisi del nervo cubitale, che si trovava nel M., con l'infiammazione flemmonosa sulla superficie dorsale del primo spazio interdigitale, da lui sofferta l'anno prima, e si ricorreva, con la mente, all'ipotesi di un'infezione costituzionale o di una intossicazione.

Riesaminando, però, l'ammalato, si vide che anche alla mano destra vi era atrofia dell'adduttore del pollice. Di più, sulla superficie laterale del collo, a diritta, si trovava un'ingrossamento osseo, che era in continuazione delle ultime vertebre cervicali.

Fatta la radiografia si trovò una grande deformazione delle ultime tre vertebre cervicali. Il loro corpo era impiccolito. Sul lato diritto non si distingueva più il limite fra l'una e l'altra (sinfisi). Sul lato sinistro la forma delle vertebre era talmente alterata che non si distinguevano più le apofisi trasverse nè i processi articolari.

Si trattava, dunque, non di postumi distrofici del flemmone della mano, ma di un'artrite deformante delle ultime tre vertebre cervicali con compressione delle radici anteriori dell'ottavo nervo cervicale e del primo dorsale.

Ciò che sembrava una paralisi del nervo cubitale, a sinistra, risultò essere, dopo migliore osservazione dell'ammalato, una paralisi radicolare del plesso brachiale, tipo inferiore, più accentuata a sinistra, ma con sintomi evidenti anche a diritta.

Mancavano nel nostro ammalato i disturbi simpatici concomitanti (sindrome oculo-pupillare di Déjérine-Klumpke) che sono considerati, da tutti gli Autori, come patignomonici di questo tipo di paralisi del plesso brachiale, e che consistono nel restringimento della rima palpebrale (paralisi del muscolo tarsale), nella miosi (paralisi delle fibre raggiate dell'iride) e nell'enoftalmo (paralisi del muscolo orbitale e scomparsa del tessuto cellulo-adiposo retrobulbare).

Siccome questi fenomeni dipendono dalla lesione del ramo comunicante del 1° nervo toracico, le cui fibre appartengono alla prima radice dorsale, così si deve ammettere che, nel nostro ammalato, questa radice fosse meno compressa dell'ottava cervicale.

2) *Lesione radicolare del plesso brachiale, tipo superiore.* — F. L., di anni 48, il 2 febbraio 1924, cadendo da un'armatura, riportò una lesione alla scapola sinistra, che fu diagnosticata contusione. Il medico che vide, per primo, l'infortunato, trovò tumefazione sul lato esterno della scapola e vivo dolore lungo la linea ascellare posteriore.

Il giorno 18 marzo, e, cioè, poco più di un mese dopo, un altro medico trovò che i movimenti dell'articolazione della spalla erano normali ed accordò all'infortunato, che non aveva ancora ripreso lavoro, altri cinque giorni. Ma il F. si ripresentò a visita il 1° aprile, lagnandosi di dolori, all'articolazione omero-scapolare sinistra. Rivisitato, si trovò ipotrofia del deltoide, che il medico attribuì all'inattività, in cui era stato tenuto il braccio per quaranta giorni.

Io visitai l'ammalato il 9 aprile. Alla palpazione della scapola trovai una sporgenza ossea in corrispondenza del margine interno, un paio di dita traverse al disotto della spina. Alla radio-

grafia si vide che vi era stata una linea di frattura e che il callo osseo era in formazione.

L'ammalato fece la cura dei fanghi.

Rivisitato da me il 10 luglio, sebbene fosse molto migliorato nello stato generale, mi disse che, in quanto al braccio, poteva muoverlo meno di prima. All'esame trovai appiattimento della regione sottospinosa, per ipotrofia del muscolo corrispondente, ipotrofia ed ipotonia del deltoide, e, meno, del bicipite, mentre la muscolatura dell'avambraccio era bene sviluppata.

Dei movimenti quelli di abduzione e di elevazione del braccio erano molto limitati.

In questo ammalato, dunque, sia i fatti distrofici che quelli di insufficienza funzionale si erano andati, mano mano, accentuando ed estendendo.

I muscoli presi erano tutti innervati dalle stesse radici spinali, 5ª e 6ª cervicale.

Sorgeva, perciò, chiara nella mente l'idea di una lesione radicolare del plesso brachiale, tipo superiore, da alterazione patologica delle vertebre cervicali o delle guaine radicolari (meningo-radicolite), di natura luetica, reumatica o tossica (alcool).

Sarebbe stata possibile, nel F. una lesione del plesso brachiale, causata dalla caduta. Ma, in questo caso, si sarebbero avuti sintomi immediati di paralisi del braccio. Oltre a ciò, il F. cadendo, battette con la scapola in terra, non con il moncone della spalla. Il primo certificato, difatti, segnava tumefazione sul lato esterno della scapola, vivo dolore lungo la linea ascellare posteriore.

Non si poteva, perciò, ammettere, nel F., una lesione del plesso brachiale, causata dalla caduta.

Si doveva anche escludere che l'ipotrofia dei muscoli della regione sottospinosa fosse dovuta ad alterato trofismo, per la presenza del callo osseo della scapola. Se così fosse non si spiegherebbe l'ipotrofia del muscolo deltoide e del bicipite brachiale.

Ma si sarebbe potuto trattare di un'artrite dell'articolazione scapolo-omerale. L'infiammazione della sinoviale di un'articolazione, anche quando non sia accompagnata da alterazioni dei capi ossei, può avere per risultato l'ipotrofia considerevole dei muscoli dell'arto. Ma nel F. non vi erano sintomi di artrite. Nei movimenti del braccio si sentiva lieve scricchiolio articolare, non maggiore, però, di quello che si sentiva all'altro lato. Alla radiografia non si trovava alterazione di forma della testa dell'omero.

Anche questa diagnosi si doveva, dunque, escludere.

Non rimaneva, per spiegare i sintomi innanzi descritti, che la diagnosi di meningo-radicolite; sulla cui natura si sarebbe potuto venire in chiaro se si fosse fatto l'esame del liquor.

Neppure l'esame elettrico fu fatto; che, del resto, non avrebbe potuto fornire alcun elemento per differenziare un'ipotrofia muscolare, prodotta da artrite da quella prodotta da radicolite. Nell'uno e nell'altro caso si sarebbe trovata alterazione quantitativa più che qualitativa dell'eccitabilità elettrica.

Miglior risultato per la diagnosi differenziale avrebbe dato un esame accurato della sensibilità.

3) *Radicolite cervicale.* — Il muratore S. V., il 26 marzo, cadendo da un'impalcatura, riportò ferite multiple al viso ed alla bocca. Uscì dall'Ospedale il 23 aprile, e riprese lavoro il 24. Si lagnava solo di insensibilità al labbro inferiore, in corrispondenza della cicatrice della ferita riportata. Il giorno 9 maggio, però, sospese il lavoro per dolori che sentiva al collo, nei movimenti del capo, e si presentò al medico, il quale constatò una limitazione dei movimenti del capo, e l'attribuì ad una distrazione dei muscoli del collo, prodottasi nella caduta del 26 marzo.

Io vidi l'ammalato il giorno 12 maggio. Si lagnava di non poter muovere il collo. Aveva la testa un po' inclinata a diritta, e la girava con difficoltà. Meno difficile gli riusciva la flessione e l'estensione della testa. Prendendo i muscoli della nuca, specialmente quelli del lato sinistro, fra le dita, e comprimendoli lo S. avvertiva dolore.

All'esame del sistema nervoso non si rilevò niente di notevole, oltre al facile insorgere di vertigine nei movimenti di piegamento del tronco e della testa in avanti. Organi interni normali. Assenza di zucchero e di albumina nelle urine.

In questo caso si fecero le più disparate diagnosi: distrazione dei muscoli del collo, nevrosi traumatica, tubercolosi delle vertebre cervicali, frattura delle tre prime vertebre cervicali. Questa fu la diagnosi più autorevolmente sostenuta sulla base di una radiografia eseguita tre mesi dopo l'infortunio. Ma era mancato qualunque sintomo di una tale lesione, ed il modo in cui l'infortunato era caduto, battendo con la faccia su delle travi e non con il capo, faceva fare delle riserve sulla diagnosi. Fu fatta, perciò, ripetere la radiografia da un illustre radiografo e si vide, allora, che, sulle prime tre vertebre cervicali, non vi era alcun segno di frattura. La stessa radiografia non confermò la diagnosi di artrite delle vertebre.

Non rimanevano, allora, che tre diagnosi da discutere: 1° una nevralgia del nervo occipitale, 2° un reumatismo dei muscoli della nuca, 3° una

nevralgia cervico-occipitale, ossia dei primi quattro nervi cervicali, da radicolite. In tutte e tre queste affezioni si può avere una posizione antalgica della testa, come si osserva nello S.

La nevralgia occipitale si doveva escludere perchè mancava il punto doloroso dietro la mastoide. Per il reumatismo muscolare stava il fatto della dolorabilità dei muscoli alla compressione: ma la lunga durata della malattia (l'ammalato si astenne dal lavoro dall'aprile a dicembre) rendeva assai discutibile questa diagnosi.

Non ci era dunque che la meningo-radicolite con impegno, prevalentemente, della radice posteriore, che poteva spiegare i fenomeni che si osservavano nell'ammalato.

Sarebbe stato necessario fare l'esame del liquor per conoscere la natura della malattia, ma lo S. rifiutò di sottoporsi alla puntura lombare.

4) *Radicolite sciatica.* — Z. G., la sera del 5 giugno 1921, essendo deragliato il treno nel quale si trovava, cadde sul pavimento della vettura, battendovi con il sedere. Come gli altri compagni, uscì dalla vettura, gettandosi, dallo sportello, nella campagna, ed aspettò finchè giunsero i soccorsi. Arrivò a casa sua, a Verona, recandovisi con i propri piedi, l'indomani alle sette.

Lo Z. afferma che, fin dal primo giorno dopo la caduta, ebbe dolori di lombi che si diffondevano all'arto inferiore sinistro e gli impedivano di camminare.

Io vidi l'ammalato il 21 dicembre 1921. Era un uomo di anni 36, in buono stato nutritivo, con organi interni normali. Camminava, con l'aiuto di un bastone, poggiando a terra la punta del piede sinistro. Invitato a poggiare a terra il piede a piatto, eseguiva con riluttanza, per la comparsa, a quanto diceva, di un dolore che si diffondeva a tutto l'arto.

Niente di notevole all'ispezione dell'arto; ma la pressione alla natica, sul punto di uscita dello sciatico dalla grande incisura, la pressione dietro il gran trocantere, sul poplite, dietro il malleolo, destava i lamenti dell'infermo. Similmente tutti i movimenti dell'arto, che distendevano il nervo, erano accusati come dolorosi. La muscolatura dell'arto aveva la stessa consistenza di quella dell'altro. Alla misurazione si trova lo stesso perimetro alle coscie. Alle sure, però, vi erano cm. 2 in meno a sinistra.

Rivisitato il 25 febbraio 1922, si constatò che le condizioni dell'arto non erano cambiate. Si vide, inoltre, che non vi era alcuna deviazione di compenso della colonna vertebrale, indizio di claudicazione dolorosa; non vi era alcuna alterazione dell'eccitabilità riflessa (tendine di Achille, rotuleo, riflesso plantare). L'eccitabilità faradica e galvanica erano normali: normale era la sensibilità elettrica dell'arto dolente. Alla radiografia, fatta da un radiografo di valore, non si trovò alcuna alterazione delle vertebre.

Ma l'ammalato si fece vedere da un altro medico, il quale, fondandosi su di una radiografia da lui eseguita, fece diagnosi di frattura dell'apofisi trasversa della 5ª vertebra lombare.

Non vi erano, però, stati i sintomi di una lesione simile. Facendo astrazione dal fatto che, per la caduta sul sedere, non si sarebbe potuta avere la frattura della apofisi trasversa della 5ª vertebra lombare, è chiaro che, se frattura vi fosse stata, lo Z. non avrebbe potuto, immediatamente dopo il trauma, recarsi, con i suoi piedi, al domicilio di Verona.

Oltre a ciò, una nevralgia o nevrite sciatica non si sarebbe potuta spiegare con la frattura dell'apofisi trasversa della 5ª vertebra lombare, non essendo quella parte della vertebra in rapporto alcuno con il nervo sciatico.

Per il forame di coniugazione fra quarta e quinta vertebra lombare esce il quarto nervo lombare, il quale va a formare il plesso lombare, mentre il nervo sciatico è formato dai nervi sacrali e dal quinto nervo lombare, il quale esce fra 5ª vertebra e sacro; lontano, quindi, dal punto della supposta frattura.

Non potendo, dunque, dare l'interpretazione di frattura dell'apofisi trasversa della 5ª l. a quello che si vedeva sulla lastra radiografica, presentata dall'ammalato, si fece fare un'altra radiografia, e, qui, parve di vedere che vi fosse sacralizzazione della 5ª vertebra. Un'alterazione simile, mentre spiegava i fatti obbiettivi e subbiettivi che si osservavano nello Z., era in accordo con l'anamnesi.

Ma una quarta radiografia, fatta a scopo di controllo delle due ultime, da un illustre radiologo, mostrò che non vi era nè frattura dell'apofisi trasversa, nè sacralizzazione della 5ª vertebra, confermando il risultato della prima radiografia fatta.

L'esame neurologico eseguito nell'agosto del 1923, due anni circa dopo l'infortunio, rilevò quanto segue: lieve ipotrofia del polpaccio sinistro; turbe vasomotrici non gravi, ma indubbie, alla gamba sinistra ed al piede; diminuzione del riflesso achilleo sinistro; ipoeccitabilità galvanica e faradica del tibiale anteriore e dei muscoli del polpaccio; modificazione nella trasmissione dell'onda elettrica e diminuzione nell'ambito dei nervi cutanei della gamba e della pianta del piede.

La diagnosi fu: lieve sindrome di esiti di radicolite sciatica.

In questo ammalato noi possiamo seguire il

lento svilupparsi della malattia, dalla fase dolorifica, senza alterazione delle fibre nervose, a quella organica.

Mentre, difatti, l'esame neurologico, eseguito il 25 febbraio 1922, sette mesi dopo l'infortunio, trovò l'eccitabilità faradica e galvanica normali, normale la sensibilità elettrica, ecc., quella fatta nell'agosto del 1923 trovò ipoeccitabilità galvanica e faradica del tibiale anteriore, diminuzione del riflesso achilleo, ecc.

Neppure in questo ammalato fu fatta la puntura lombare ed i relativi esami del liquor per conoscere la natura della malattia.

Natura e patogenesi della radicolite. — Le principali cause delle radicoliti sono la sifilide e la tubercolosi. Come vi è una meningo-radicolite luetica vi è una meningo-radicolite tubercolare. Secondo Déjérine l'80% delle radicoliti sono di natura luetica. La malattia si può manifestare in tutti i periodi della sifilide, sia nel periodo secondario, qualche mese dopo la manifestazione iniziale, sia nel periodo terziario, 15 e 20 anni dopo la prima manifestazione. L'esame del liquor mette in evidenza le alterazioni che sono caratteristiche dello stato flogistico delle meningi, prodotto dalla sifilide.

Nei tubercolotici si possono avere manifestazioni dolorose a tipo radicolare prodotte da tossine circolanti, che irritano il nervo radicolare, ovvero si possono avere delle vere meningiti bacillari, con formazioni di tubercoli.

Oltre che dalla sifilide e dalla tubercolosi le radicoliti possono essere prodotte da infezioni (reumatismo, blenorragia, ecc.), e da cause tossiche (alcool, piombo, ecc.).

Queste sono le cause delle radicoliti, che Déjérine definisce « sindromi sensitive o sensitivo motorie, a tipo radicolare (vale a dire manifestantesi nei territorii di distribuzione delle radici affette, giacchè le fibre nervose di ciascuna radice hanno la propria zona di distribuzione nella pelle e nei muscoli) provocate da una flogosi delle radici rachidee nel loro decorso intrameningeo ».

Le radici escono dalla rachide (origine apparente) con numerosi filamenti, le anteriori dal solco collaterale anteriore, e le posteriori da quello posteriore.

I filamenti procedono sfusi, scambiandosi delle anastomosi, gli anteriori con i posteriori, fino al forame di coniugazione, dove gli anteriori si riuniscono in un fascetto ed i posteriori in un altro. Alle due radici, nel loro decorso dalla midolla al forame di coniugazione, Nageotte ha dato il nome di nervo radicolare.

Intanto, le radici, uscendo dalla midolla, si coprono del tessuto lamellare sottoracnoideo, e, poi, l'aracnoide forma, su di loro, delle guaine separate che sono dei veri cul di sacco dell'aracnoide, comunicanti con lo spazio subaracnoideo della midolla: più semplice e meno profondo il cul di sacco o diverticolo della radice anteriore di quello della radice posteriore, che è moltiloculare per sepimenti che si trovano fra i singoli filamenti.

Le due radici, con la loro guaina aracnoidea, penetrano nel forame di coniugazione ricoperte da una seconda guaina, quella durale, ma sempre divise, perchè, dalla superficie interna della guaina durale si stacca un sepimento che si interpone fra di loro. All'uscita dal forame di coniugazione le due radici si uniscono nel nervo spinale, con la cui guaina connettivale si confonde il prolungamento tubulare della dura.

Ora i cul di sacco, o recessi aracnoidei, delle radici, in diretta comunicazione con lo spazio sottoracnoideo della midolla, sono dei punti di sedimentazione, dove si raccolgono gli elementi figurati che si trovano nel liquido cerebro-spinale; globuli rossi e bianchi, microrganismi, prodotti di citolisi e batteriolisi. Così si vorrebbe spiegare perchè le radici vanno facilmente soggette a processi infiammatorii che si propagano per mezzo del liquor, senza escludere che esse possano ammalarsi, per via ematica, primitivamente.

La disposizione delle guaine aracnoidee attorno alle radici ci spiegano perchè esse possano ammalare isolatamente; perchè le radicoliti sono più frequenti nelle radici posteriori, essendo le guaine di queste radici più estese e profonde delle guaine delle radici anteriori; perchè si possa avere un processo infiammatorio limitato solo ad alcune fibre di una radice posteriore, essendo le guaine di queste radici moltiloculari.

Il processo infiammatorio dalla guaina si propaga alle fibre delle radici; senza escludere che possa indovarsi, primitivamente, nella radice e diffondersi alla guaina. In tutti i casi i rapporti fra guaina e radice sono così intimi che non si può avere l'alterazione patologica dell'una senza quella dell'altra. Perciò l'esatta denominazione della malattia è meningo-radicolite.

Diagnosi. — Due sono i sintomi fondamentali delle radicoliti: i disturbi della sensibilità ed i disturbi di trofismo dei muscoli, innervati dalle radici affette. Poichè, però, le radicoliti posteriori sono, come abbiamo detto, assai più frequenti delle anteriori, così, molte volte, il dolore è l'unico sintomo della malattia. Questa ha decorso lento (le radicoliti insorte bruscamente, con sintomatologia tumultuaria, sono rare); perciò, nell'anamnesi, noi troviamo che il dolore, cominciato con qualche accenno in un tempo più o meno remoto, si è venuto, mano mano, accentuando sino al giorno in cui l'ammalato si è

presentato al medico. Il dolore è ad accessi, con sensazioni più o meno moleste negli intervalli. Esso, inoltre, è aggravato dai movimenti. Viene considerata come patognomonica di lesione meningo-radicolare l'esacerbazione dolorosa che si verifica nella tosse e nello sternuto.

Nella pratica infortunistica troviamo, non infrequentemente, degli ammalati, in cui, per una azione traumatica sulla testa, si ebbero dei movimenti improvvisi e non usuali del collo. Essi si lagnano di dolori al collo e li attribuiscono al trauma. Ora se i detti dolori insorsero immediatamente dopo il trauma è ben possibile che i movimenti esagerati del capo abbiano esacerbato il disturbo di sensibilità, o provocata una crisi dolorifica di una radicolite esistente.

Obbiettivamente, nelle zone della superficie cutanea innervate dalle radici affette, si trova, all'esame, ipoestesia, anestesia od iperestesia, distribuite a strisce parallele all'asse della parte del corpo affetta. Questi disturbi di sensibilità si intrecciano variamente, perchè ciascuna zona di pelle è innervata da tre radici nervose, e, di esse, una sola può essere affetta, o due, o tutte e tre, ma in grado diverso. Ciò che conta, dice Fumarola, è la fisionomia generale del disturbo, nettamente distinto da quello che si avrebbe nella lesione di un tronco nervoso periferico.

Il disturbo, nella maggioranza dei casi, è limitato alla sensibilità superficiale (tattile, termica, dolorifica); ma nelle forme gravi ed in quelle di antica data, anche la sensibilità profonda è alterata (senso stereognostico, apallestasia, sensibilità vibratoria, abolizione della sensibilità ossea, batianestesia, senso di posizione degli arti).

Oltre a ciò, vi è dolore alla compressione delle radici nervose lungo le docce paravertebrali.

L'altro sintomo fondamentale delle radicoliti è costituito dai disturbi trofici dei muscoli. Alcune volte si ha solo ipotonia, flaccidità muscolare, altre volte si ha ipotrofia più o meno considerevole. Il disturbo trofico dei muscoli, però, può completamente mancare nelle radicoliti puramente sensitive, che sono la maggioranza; mentre è accentuato nelle radicoliti prodotte da postumi di traumi o da alterazioni di natura artritica delle vertebre. Queste radicoliti sono miste, per lo più, a tipo, cioè, sensitivo e motorio.

La caratteristica dei disturbi trofici dei muscoli è che essi non corrispondono, come nelle nevriti, all'innervazione muscolare di un determinato nervo, ma all'innervazione radicolare dei muscoli, come nei nostri casi 1 e 2.

L'esame dei movimenti passivi è importante. Quando si tratta di forme miste, ma più ancora quando si ha una forma sensitiva, l'ammalato oppone una resistenza attiva a quei movimenti nei quali si ha stiramento delle radici offese.

Intanto, anche nelle artriti possiamo avere fatti simili: da una parte l'ipotrofia dei muscoli e, dall'altra, la limitazione dei movimenti dell'arto, prodotti dal dolore.

La diagnosi di artrite, però, poggia su sintomi ben definiti ed è difficile confonderla con una radicolite.

Nella pratica infortunistica si ha la tendenza di attribuire l'ipotrofia muscolare che, alle volte, osserviamo un certo tempo dopo uno sforzo, od un'azione traumatica qualsiasi, a rottura di fibre muscolari. Questa diagnosi è abbastanza frequente. Quando non sappiamo spiegarci il disturbo di trofismo di un muscolo, l'attribuiamo alla rottura di fibre prodotta dal trauma. Ma la rottura di fibre muscolari dovrebbe avere avuto dei sintomi: prima di tutti un'ecchimosi, primitiva o tardiva, nella regione colpita. E, poi, la rottura di alcune fibre di un muscolo non potrebbe spiegare un'ipotrofia del muscolo in massa.

In questi casi bisogna sempre pensare alla possibilità di una malattia delle radici nervose e studiare, con l'aiuto dello schema di distribuzione di esse, se l'ipotrofia può dipendere da una radicolite.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPITALE CIVILE DI UDINE.
SEZIONE CHIRURGICA MASCHILE
diretta dal chir. prim. dott. LUIGI RIEPPI.

Interessante caso di tubercoloma del lobo cerebellare destro

per il dott. LUIGI TOMASI, assistente effettivo.

La rarità della precisione nella diagnosi e del felice esito d'un brillante atto operativo, mi consigliano a pubblicare questo caso di tubercoloma del lobo destro del cervelletto, diagnosticato ed operato in questo ospitale Civile.

STORIA CLINICA. — D. V., a 22, da Remanzacco, entra il 25 gennaio 1924 in reparto medico senza diagnosi, in osservazione. Nulla di notevole nel gentilizio, circa un anno fà ebbe una pleurite essudativa sinistra che guarì con iniezioni di tubercolina. Nel mese di giugno 1923 incominciò ad accusare ronzio agli orecchi che andò gradatamente e continuamente aumentando, tale ronzio è continuo però ha periodi di acume specie al mattino quando il paziente si alza e durante i movimenti bruschi del capo. Il paziente soffre spesso anche di vertigini, vomito e cefalea occipitale, talvolta accusa ambliopia e durante la deambulazione ha tendenza a cadere verso destra.

E.O — Nulla a carico dell'ambito polmonare

destro, a sinistra l'emitorace è poco espansibile, ipofonetico, respiro scarso. Nulla a carico degli altri apparecchi. Riflessi tutti normali, leggero deficit del facciale destro. Non esistono fenomeni di attassia motoria, tutti i movimenti bruschi del capo provocano vivo senso di ambascia e perdita di equilibrio.

Prove labirintice. — Esame elettrico: Polo positivo a destra vertiginelevogira. Polo positivo a sinistra vertigine destrogira. Polo positivo a destra il dito destro devia a sinistra. Polo positivo a destra il dito sinistro devia a sinistra. Polo positivo a sinistra il dito sinistro devia a destra. Polo positivo a sinistra il dito destro devia a destra.

Esame rotatorio: rotando a sinistra vertigine postlevogira a destra e nistagmo a destra. Rotando a destra, vertigine postlevogira e nistagmo a sinistra. La puntura lombare dà esito a 20 cmc. di liquido che esce sotto forte pressione, dopo tale estrazione il paziente non accusa disturbi di alcun genere (per un sol giorno).

L'esame oftalmoscopico rivela papillite bilaterale.

Esame liquido cefalo rachidiano: chiaro cristallino. R. Pandy, Apelt Nonne leggermente positivo, albumina presente in 0/30 p. mille il liquido forma reticolo del Mja.

Esame radiologico del capo negativo.

R.W. negativa per il sangue e per il liquido cefalo-rachidiano.

Cutireazione positiva positiva positiva negativa.

25 Febbraio 1924. Durante tutto il mese di degenza il paziente ebbe cefalee, vertigini, ronzii fortissimi, disturbi che si attenuavano solo con le ripetute punture lombari.

28 Febbraio. Esame clinico rivela ambliopia destra, tendenza a cadere verso destra, vertigine destrogira, diminuzione della forza in tutta la metà destra del corpo.

5 Marzo. Il paziente è trasferito nel nostro reparto chirurgico per l'atto operativo, con diagnosi di tumore nella fossa cerebellare destra.

6 Marzo. *Atto operativo.* — Cloronarcosi. Opera il chirurgo primario dott. Luigi Rieppi.

Con lo scalpello si pratica la craniectomia con ampio lembo osteoplastico elittico, in corrispondenza della regione occipitale destra: aperta la scattola cranica la dura ricoprente il lobo cerebellare destro si presenta di colorito rosso scuro e per effetto dell'aumentata pressione endocranica tende a far salienza al di fuori della breccia ossea e non è animata da pulsazioni. Praticata con cautela un'incisione sulla dura sostanza cerebellare tende velocemente ad erniare, si amplifica l'incisione durale, si reseca notevole quantità della sostanza cerebellare erniata e col dito si passa all'esplorazione della fossa cerebellare che appare normale; esplorando però attentamente il lobo cerebellare si nota nella sua porzione laterale una zona più consistente abbastanza facilmente isolabile. Curando di manovrare il più possibile lontano dalla regione del midollo allungato con l'indice si riesce ad isolare ed enucleare completamente il tumore che estratto dalla sostanza cerebellare si presenta dalla grossezza di un uovo di piccione. Contro l'emorragia a nappo del cervelletto si ricorre al tamponamento con garza all'iodoformio, praticata la sutura della dura si ribatte il lembo osteoplastico e si passa alla sutura della gallea aponeurotica ponendo così termine all'atto operativo.

All'esame macroscopico il tumore si presenta del volume di un uovo di piccione ed appare costituito di uno strato periferico grigio semi trasparente seminato di punti rosei e nerastri e nel centro da una massa caseosa.

Decorso postoperatorio. — Normale nei primi giorni, in quarta giornata si tolgono i drenaggi.

20 Marzo, si levano i punti, il paziente è completamente apiretico, dopo l'atto operativo non ebbe mai vomito nè cefalea, accusa solo leggero senso di vertigine quando sta seduto.

25 Marzo, il paziente si alza per la prima volta, seduto non accusa alcun disturbo, nella stazione eretta però ha continuo movimento pendulare del corpo ed accusa vertigine. La ferita chirurgica è guarita, persiste ancora solo una piccola area ove notansi granulazioni ipertrofiche che si causticano con nitrato d'argento.

26 Marzo. Durante la notte il paziente ebbe vomito alimentare ed elevamento termico 37.7.

27 Marzo. Continua il vomito T.M. 38. T.M. 38.5. Nel punto della cicatrice chirurgica non ancor chiusa si è formato un piccolissimo seno fistoloso dal quale fuoriesce liquido cefalo rachidiano chiaro.

30 Marzo. Continuando la febbre, il vomito e l'emissione di liquor il chirurgo primario decide un secondo intervento.

31 Marzo. *Atto operativo.* — Cloronarcosi. Si riapre la breccia craniana e si riscontra parte del tessuto cerebellare in via di necrosi ed una vasta raccolta di liquido cefalo-rachidiano nella zona prima occupata dal tumore, si pratica ampio drenaggio e si chiude la ferita chirurgica.

2 Aprile. Continua la febbre, il vomito e l'abbondante emissione di liquido cefalo rachidiano diventato purulento. Durante la notte il paziente ebbe accessi di epilessia Jaksoniana.

4 Aprile. Alle ore 11 comparve un violento accesso che causò la morte del paziente.

La decisa volontà dei parenti impedisce la necroscopia, è però nostra ferma convinzione che causa della morte sia stata una encefalite causata da infezione penetrata attraverso il seno fistoloso.

La facilità con la quale si infetta la sostanza celebrale è grandissima, e non crediamo esagerare affermando che chi si accinge a fare una medicazione cerebrale debba attenersi a tutte le norme di asepsi cui si atterrebbe nel fare una laparotomia.

Le affezioni neoplastiche encefaliche possono essere divise in: tumori congeniti, parassitari, microbici e neoplastici.

Ai tumori congeniti appartengono le cisti dermoidi che hanno quali sedi preferite l'inion e la linea mediana, ai tumori parassitari appartengono le cisti idatidee poco comuni nel veneto e i cisticerchi.

Di natura microbica sono i tubercolomi i più frequenti fra le affezioni neoplastiche encefaliche, il loro volume può variare da quello di

una ciliegia a quello di un uovo di gallina e possono avere localizzazioni diverse fra cui la più comune è il cervelletto; generalmente tali tubercolomi, come nel caso nostro, sono incapsulati, e separati dal tessuto nervoso.

Sono pure di natura microbica i sifilomi o gomme encefaliche che possono svilupparsi tanto nelle meningi quanto nella sostanza nervosa.

Ai tumori neoplastici appartengono i fibromi e lipomi endocranici rarissimi, i carcinomi che sono sempre secondari, e più frequenti i sarcomi che possono essere primitivi e secondari.

Quanto alla terapia dei tumori cerebrali e cerebellari quella medica può essere istituita con fiducia solo nei casi in cui si presupponga trattarsi di forma sifilitica, ed anche in tal caso l'Horsley non ammette che il trattamento specifico possa essere protratto oltre sei settimane. Quale cura sintomatica è molto utile la ripetuta puntura lombare. La cura chirurgica fino a non molto tempo fà era molto limitata e dava poco buoni risultati perchè la craniectomia era limitata ad aree piccolissime. Solo dopo il 1889, epoca in cui il Wagner introdusse nella chirurgia del cranio la resezione osteoplastica si potè mettere allo scoperto non solo il tumore ma anche la zona cerebrale contigua ed eseguire così operazioni brillanti nelle condizioni migliori e con esiti felici. Godlee fu il primo ad asportare un tumore cerebrale clinicamente diagnosticato.

Anche ai giorni nostri però l'opinione dei chirurghi è divisa per quanto riguarda l'indicazione dell'intervento chirurgico nelle affezioni neoplastiche encefaliche: Il Bergmann per esempio ha poca fiducia in questi interventi ed in una sua statistica su trecento casi non ne troverebbe che nove operabili. L'Horsley invece è entusiasta dell'intervento chirurgico ed ammette che oltre all'estrazione dei tumori benigni sia indicata la craniectomia decompressiva anche nei tumori inoperabili, dimostrando come essa spesso riesca a mitigare i sintomi e talvolta a prolungare puranche la esistenza del paziente. Chipault è pure favorevole a questo intervento chirurgico decompressivo ed afferma che la trapanazione esplorativa deve imporsi in tutti i casi di tumori cerebrali.

La maggior parte dei chirughi compiono l'atto operativo in una sola seduta, Chipault invece consiglia di praticare l'intervento per l'exeresi in due sedute: in un primo tempo egli pratica la craniectomia ed in un secondo tempo va alla ricerca del tumore, lo isola e lo asporta.

Come tecnica operatoria i chirurghi germanici praticano la craniectomia con scalpello e martello curando però di imprimere colpi leggeri e frequenti ed affermano di evitare sempre così operando, i danni della commozione cerebrale attribuita dai chirurghi francesi ed americani (fautori del trapano) al traumatismo del martello.

Nella prognosi sugli interventi chirurgici del cervelletto Knapp è molto pessimista: infatti in una sua statistica su quattro operati conta quattro morti; Horsley invece è ottimista ed afferma che la guarigione si ottiene spesso purchè si operi a tempo e non in extremis.

SUNTI E RASSEGNE.

DERMATOLOGIA.

L'eresipeloide.

(E. V. REDWITZ, *Münch. m. W.*, 4 aprile 1924).

Ha avuto già denominazioni molteplici: « erythema migrans », « erysipelas chronicum », pseudoeresipela. il Rosenbach le diede l'attuale denominazione.

L'eresipeloide, rara per il passato, è stata osservata negli anni più recenti con molta maggior frequenza. L'A., a Monaco, ne ha visti 26 casi nel 1922, 46 nell'anno successivo. Per lo più si trattava di individui che avevano avuto occasione di maneggiare materiale proveniente da cadaveri di pesci o di animali. Lesioni di continuo della cute si osservano in un esiguo numero di casi: nella maggior parte agli infermi passa inosservata la lesione primitiva e al medico rimane impossibile rintracciarla. Recentemente da alcuni sono stati descritti casi occorsi in seguito a lesioni prodotte dagli apparecchi prensili di aragoste o di granchi che, come è noto, sogliono aver contatto con carni putrefatte. Tra i 46 malati osservati ultimamente dall'A., 8 riferivano di aver macellato maiali eresipelatosi, 3 maiali malati, 16 di aver lavorato carne di suini, 2 di lepri, 9 attendevano alla cucina: per i rimanenti 8 mancava ogni precedente del genere.

Anatomo-patologicamente si riscontra una flogosi sierosa del corion con dilatazione degli spazi linfatici e modica infiltrazione perivascolare: manca qualsiasi tendenza alla necrosi o alla fusione. Tali note corrispondono al quadro di una infezione lieve la quale si differenzia dall'eresipela streptococcica per la minore virulenza dell'agente etiologico e per la corrispondente attenuata reazione locale e generale.

Localizzazioni più frequenti nell'uomo sono le mani e specialmente le dita cui l'affezione resta per lo più circoscritta, di rado diffondendosi alle regioni finitime. Nel 10-15 % dei casi compaiono

fatti linfoangioitici superficiali dell'avambraccio e del braccio e una tumefazione, scarsamente dolente, delle ghiandole ascellari. Di regola l'affezione regredisce nel periodo di 10-14 giorni, può però assumere decorso cronico e durare 4-6 settimane, fino anche a 9 mesi. I sintomi subbiettivi consistono in senso di tensione accompagnato spesso da lieve prurito. Alcune rare volte dopo settimane o mesi, compaiono tumefazioni articolari (articolazioni interfalangee o metacarpofalangee).

Quanto all'etiologia già Rosenbach nel 1884 aveva descritto l'agente della malattia sotto forma di un ifomicete: « cladothrix Rosenbach ». I tentativi di autoinoculazione e di inoculazione, previo sviluppo in cultura, diedero risultato positivo. Lo stesso Rosenbach, avendo poi notato la sorprendente somiglianza dei sintomi della malattia con quelli osservati in alcuni individui che avevano avuto occasione di maneggiare culture di eresipela dei maiali, ritenne che avesse a trattarsi di due malattie identiche fra loro. Successivi studi rivelarono inoltre una singolare affinità dei rispettivi agenti di queste ultime con i bacilli della setticemia dei topi (« bacillus murisepticus »). Il Rosenbach classificò allora questi diversi agenti in uno stesso gruppo batterico che chiamò delle eresipelotrichee: in esso distinse un « erysipelothrix porci », un « erysipelothrix erysipeloides » e un « erysipelothrix murisepticus ».

L'eresipela dei maiali si manifesta sotto forme diverse fra cui le più importanti sono la dermatite, la forma settica, senza più gravi alterazioni della pelle, e la cosidetta forma urticariante. Possono poi verificarsi localizzazioni articolari per lo più a decorso cronico. Nel maiale l'infezione ha luogo quasi sempre attraverso l'intestino, nell'uomo invece attraverso la cute.

Circa una metà dei suini, pur senza esser malata, ospita nell'intestino e sulle tonsille bacilli dell'eresipela dei maiali. Questi acquistano speciale resistenza nei cadaveri in putrefazione: poco sensibili in genere all'umidità, sopportano male l'aria e il disseccamento. Negli animali l'infezione ha luogo verosimilmente col mangiare erbaggi provenienti da praterie infette; nell'uomo, in cui il periodo di incubazione è di 3-5 giorni, ha luogo in seguito a manipolazione di culture o a contatto con materiali in putrefazione infetti.

Quasi tutti i casi di eresipela suina descritti nell'uomo offrono il medesimo decorso dell'eresipeloide. Solo in 3 si è avuto l'esito letale, l'uno per endocardite, gli altri per sepsi. Esistono casi di localizzazioni dell'eresipela suina nell'uomo al collo e all'addome. L'aumentata frequenza dell'eresipeloide e dell'eresipela dei maiali in questi ultimi anni sembra sia conseguenza dell'aumentato consumo, specialmente da parte delle classi meno agiate, di carne di suini di qualità inferiore.

L'eresipela suina nell'uomo può praticamente identificarsi, salvo alcuni particolari di decorso, con l'eresipeloide. Secondo ogni probabilità ambedue le affezioni hanno un comune agente etiologico o, per lo meno, assai affine.

Per la diagnosi differenziale l'eresipeloide deve anzitutto essere distinta dal patereccio sottocutaneo e tendineo, poscia dall'eritema nodoso e polimorfo e anche dalla stessa eresipela streptococcica: da quest'ultima la distingue il colore diverso, tendente più al rosso-livido, e l'assenza dei sintomi generali.

La prognosi è nella gran maggioranza dei casi fausta. Terapeuticamente le dita colpite e la mano si terranno in adatto bendaggio a stecche. Si prescriverà il riposo manuale sospendendo ogni faccenda domestica. Le semplici medicazioni con pomata borica o all'ittiolo valgono per lo più a instigare i sintomi soggettivi e ad accelerare il decorso. Commendevole è il tentativo di cura specifica mediante siero immune di eresipela dei suini che si ottiene dai cavalli. Se ne somministrano 10 cmc. per via endomuscolare. Nella maggior parte dei casi, già 24 ore dopo, si ottiene una rapida scomparsa dei sintomi: talvolta si sono però avute recidive, nè la terapia specifica è in grado di prevenire in modo sicuro le localizzazioni articolari. Anche la proteinoterapia va tentata, la cura specifica apporta però risultati più pronti.

M. AGOSTINI.

Il prurito anale.

(L. SAVATARD. *The Lancet*, 1° nov. 1924).

Il prurito anale è più frequente negli uomini che nelle donne, e può anche aversi nei bambini, sebbene esso si verifichi, il più spesso, nell'età media, in individui ad abitudini sedentarie o nei vecchi, ed è allora associato con l'atrofia generale della cute. Esso è un sintomo subbiettivo di qualche condizione generale o locale e non può considerarsi come una malattia a sè.

Cause generali. Fra le più frequenti, può citarsi la gotta, avendosi spesso l'alternanza del prurito con accessi gottosi tipici. Anche il reumatismo ed il diabete sono spesso in causa. I disturbi del fegato, la costipazione, la digestione insufficiente, dovuta ad eccesso di cibi nutrienti, sono pure dei fattori eccitanti.

La costipazione va trattata secondo le regole generali, evitando di dare l'aloe, per la sua azione irritante sul retto. È indicata una nutrizione blanda, ma sufficiente; si eviteranno i condimenti, le salse piccanti, e così pure il caffè e l'alcool, a meno che non siano in dosi minime. Alcuni cibi, come le ostriche o le fragole, possono ta-

lora provocare degli attacchi e vanno quindi proibiti, e così anche l'eccessivo fumare.

Se il paziente è in stato depressivo, con scarso appetito, oppure vi è evidente neurosi, è indicato un trattamento tonico (chinino e noce vomica) e l'esercizio all'aria aperta. In caso di insonnia, il cloralio ed i bromuri si useranno con cautela; nei casi evidentemente neurotici, si potrà tentare la suggestione o l'ipnosi.

Cause locali. Sono più frequenti che quelle generali. Le più comuni sono: il catarro del retto che va trattato con le iniezioni di soluzione calda di acido borico; gli ossiuri, che possono persistere anche nell'adulto e vanno trattati con clisteri di sale comune o di quassia, seguiti eventualmente da santonina (10-30 cg.), e da un purgante; le emorroidi, che vanno operate, i polipi e le ulceri. Si devono curare le fistole; le ragadi saranno toccate col lapis di nitrato d'argento o con soluzione al 10 % di nitrato d'argento in spirito di etere nitroso. (È una preparazione della farmacopea britannica, che contiene circa il 2% di etil-nitrito; *N. d. R.*).

Si cureranno altresì i tumori del retto e della pelvi, le malattie genito-urinarie e l'eccessivo sudore. L'incompleta evacuazione dell'intestino e la mancanza di pulizia sono spesso in causa; quindi si curerà la massima pulizia, pulendo bene le parti dopo ogni defecazione, eventualmente con tamponi di cotone imbevuti di acqua; mattina e sera, si laveranno con acqua calda e sapone al catrame.

Il prurito anale è spesso resistente al trattamento, anche perchè si pensa troppo tardi a curarlo seriamente, quando si hanno già delle lesioni locali.

Il prurito persistente. Rimossa la causa reale od apparente, non si deve trascurare il paziente. Buoni risultati si ottengono con l'acido fenico, che si usa in soluzione acquosa (1/80) od in olio di olive. Si può mescolare con l'iposolfito di sodio o con la cocaina. L'A. dà le seguenti ricette: 1) Acido fenico cg. 90; Cloridrato di cocaina cg. 60; Paraffina molle q. b. per g. 30; 2) Acido fenico cg. 70; cloridrato di cocaina cg. 60; Acqua di lauroceraso g. 10; Acqua di rosa q. b. per g. 30.

Se il prurito è molto intenso, si ricorrerà ai suppositori di cocaina, da usarsi però con cautela specialmente nei neurotici. Utili sono il cicloformio (al 5 % in lanolina) e l'anestesina.

Anche il catrame ha i suoi sostenitori, sia in forma di sapone che di lozioni; 7-14 g. di tintura di quillaia al coaltar (liq. picis carbo) in circa 1/2 litro di acqua; oppure anche in unguenti: Acido salicilico cg. 90; tintura di quillaia al coaltar cmc. 1, 2; Precipitato bianco cg. 90; Paraffina molle, Lanolina, ana g. 15.

Assai utile può essere il mercurio: Calomelano g. 2-4; Vaselina o precipitato bianco cg. 90; Sugna benzoata q. b. per g. 30. Bene può rispondere la seguente lozione: Sublimato corrosivo cg. 18; Glicerina g. 4; Acqua di cloroformio q. b. per cmc. 300. Dopo la pulizia della mattina, è bene spolverare la parte con calomelano in polvere, applicazione che è conveniente ripetere dopo ogni defecazione, e che può dare risultati insperati.

Vari mezzi sono stati usati per ridurre l'ispessimento cutaneo alla periferia dell'ano. Può usarsi l'acido salicilico (6 % in alcool al 50 %), oppure le applicazioni di acido carbonico solido (per 20 secondi), mettendo poi come protettivo un unguento qualsiasi. Risponde bene anche l'accurata pennellazione della parte con acido fenico puro e successiva applicazione di pasta di Lassar. Un mezzo più eroico, da usarsi solo con anestesia, è il cauterio attuale, con cui si provoca una ustione superficiale; si fa poi una lozione con bicarbonato di sodio (1/8) e si medica con crema di zinco. A questi metodi si ricorrerà raramente.

L'A. ora usa sistematicamente i raggi X, che non solo hanno azione antipruriginosa, ma riducono altresì l'induramento della cute. Il trattamento va però fatto da un radiologo esperto, poichè la sovraesposizione produrrebbe danni irreparabili. Si danno quattro dosi non filtrate di mezza pastiglia ad intervalli di quindici giorni ed altre due dosi, dopo un mese di riposo. Le parti circostanti vanno accuratamente protette. L'elettrodo ad alta frequenza è stato riconosciuto efficace in alcuni casi neurotici. Utile sarebbe anche, secondo Mac Leod, la jonizzazione allo zinco.

In qualche caso, si sono ottenuti buoni effetti con iniezioni di vaccini autogeni fatti con lo *Streptococcus faecalis*.

FILIPPINI.

VIE BILIARI.

Le affezioni biliari che si iniziano nell'età infantile.

(H. ABELS. *Wiener Klin. Wochenschr.*, n. 51, 1924).

Ricerche cliniche e reperti operatorii dimostrano che le affezioni biliari che raggiungono notevole intensità nell'età adulta in una parte dei casi si devono essere iniziate già nell'età infantile. I primi disturbi a carico delle vie biliari spesso si manifestano molto prima della pubertà. Non si riconosceva finora la natura di disturbi di questo genere iniziatisi nell'età infantile, perchè si riteneva che dolori biliari si dovessero identificare con la presenza di calcoli biliari, calcoli che non esistono nell'età infantile. Oggi invece si sa che tutti i disturbi a carico delle vie

biliari, compresa la colica vera, nella maggior parte dei casi si manifestano senza che esistano calcoli biliari: essi sono infatti determinati principalmente dalla stasi e dalla infezione della bile. Sono inoltre molto frequenti gli attacchi di pseudo-colelitiasi, determinati da una forte contrazione della muscolatura della cistifellea e contemporanea contrazione dello sfintere di Oddi: questi fenomeni vengono determinati da una forte stimolazione del vago. Si ritiene che questi processi costituiscano il substrato degli accessi di colelitiasi, sia che non esistano, sia che esistano dei calcoli. Naturalmente la presenza di calcoli accentua l'intensità dei sintomi per l'irritazione infiammatoria oppure per l'occlusione da parte del calcolo.

Nei bambini le affezioni delle vie biliari si manifestano in forma di coliche recidivanti localizzate prevalentemente intorno all'ombelico. In parte queste coliche sono determinate dai detti disturbi funzionali della cistifellea, in parte da lievi stati colecistitici e colangitici; le ultime due condizioni si hanno probabilmente in tutti quei casi in cui esiste clinicamente un ingrandimento del fegato. I bambini presentano inoltre inappetenza e stitichezza ostinata. Anche dopo passati gli accessi dolorosi, si può dimostrare una dolorabilità della regione della cistifellea alla palpazione, spesso esiste una contrazione del muscolo retto di destra. In molti casi è dolente alla pressione il punto situato a destra della decima o undecima apofisi spinosa vertebrale dorsale. Durante gli accessi dolorosi esiste nausea, non però vomito. Spesso questi bambini presentano sintomi che si attribuiscono a processi appendicolari cronici. L'operazione eseguita in molti di questi casi dimostra l'appendice poco alterata; l'appendicectomia spesso non determina la scomparsa dei disturbi, questi sintomi appendicolari sono dovuti in alcuni casi a stati spastici dell'appendice, analoghi a quelli che si hanno nella cistifellea (pseudo-appendicite), in altri casi ad appendiciti catarrali, che non tendono a stati infiammatorii acuti. Malattie infettive acute determinano od aggravano gli accessi dolorosi nella regione della cistifellea; in questi casi si diagnostica spesso erroneamente una appendicite acuta, e si opera mentre l'appendice è normale. I bambini che presentano i sintomi a carico delle vie biliari sono di solito di sesso femminile ed appartengono a famiglie in cui sono frequenti le affezioni delle vie biliari o l'emicrania.

Terapeuticamente è necessario combattere energicamente la stitichezza e le fermentazioni intestinali; sono poi utili cure lunghe e ripetute di acqua di Karlsbad e cure dietetiche.

POLLITZER.

L'azione del solfato di magnesio sullo svuotamento della cistifellea.

(IWAO MATSUO di KIOTO. *Journal of Am. Med. Ass.*, ottobre 25, 1924).

Lyon in seguito agli esperimenti fatti per consiglio di Meltzer, venne alla conclusione che la così detta bile-B era prodotta dallo svuotamento della cistifellea, mentre Einhorn spiegava lo stesso fenomeno con l'influenza diretta del solfato di magnesio sulle cellule secretive del fegato.

L'A. riporta i risultati degli esperimenti suoi e di collaboratori che confermano le vedute di Lyon.

Hara, Shihata e Nagai hanno dimostrato che il bacillo del tifo nei portatori di bacilli tifosi si trovano in cultura pura nella bile-B e nel ricavato della puntura della cistifellea, mentre mancano, o sono scarsi, nel contenuto duodenale.

Tada e Nakashima iniettando 4 cmc. di azorobina S. 1 % in una vena del braccio e istillando dopo 5 minuti solfato di magnesio nel duodeno, ottennero della bile rossa il cui colore gradualmente impallidiva. Dopo 3 ore con una seconda istillazione di solfato di magnesio ricavarono nuovamente bile rossa che altro non era che quella contenuta nella vescicola, infatti mancava la sua comparsa quando la cistifellea era stata tolta o non funzionava per colelitiasi.

Bassler e Luckett in 10 laparotomie, e Lyon nella sua prima esperienza non ottennero prove della contrazione della cistifellea dopo istillazione duodenale di solfato di magnesio.

Sachs e Pribram videro lo svuotamento della vescicola durante laparotomia, ma soltanto il secondo constatò contrazioni della cistifellea.

Tali differenti risultati sarebbero dovuti alla narcosi (Lyon): la dose di anestetico capace di ottundere o abolire i riflessi viscerali fisiologici in una persona, può non avere lo stesso effetto in altre.

L'A. riporta i 2 casi sui quali egli fece gli esperimenti: un tumore del lobo sin. del fegato e un'appendicite cronica. Per evitare il fattore della narcosi i pazienti non vennero sottoposti ad anestesia generale, nè ebbero l'iniezione di pantopon-scopolamina: fu eseguita l'anestesia locale con procaina-epinefrina.

Durante l'operazione dal tubo duodenale, applicato 2 ore prima dell'intervento e la cui esatta situazione era stata determinata con i raggi X, fluiva bile gialla chiara. Scoperta la cistifellea si istillarono 40 cmc. di solfato di magnesio al 33 % nel duodeno: 5 minuti dopo usciva bile bruna scura, la tipica bile-B, mentre la vescicola si impiccoliva gradualmente fino a ridursi a 1/4

del volume primitivo. Allora fluiva nuovamente bile gialla chiara.

Iniettati 40 cmc. di azorobina S 1 % nella cistifellea, che si rigonfiò, e istillando solfato di magnesio nel tubo duodenale, si vide la vescicola nuovamente impiccolire mentre la soluzione colorante veniva evacuata in pochi minuti. In un solo paziente si osservarono evidenti contrazioni della cistifellea.

Da questi fatti si può concludere che allorchè si introduce solfato di magnesio nel duodeno, se la cistifellea è sana, la bile in essa accumulata, e quindi concentrata, scura e densa è versata nel duodeno per rilasciamento dello sfintere di Oddi. La bile-B è veramente il contenuto della cistifellea.

La sostanza colorante introdotta nella vescicola viene espulsa da questa per azione del solfato di magnesio, poichè non si trova traccia di colore altrove che nella cistifellea, quindi la bile colorata in rosso è certamente il contenuto della vescicola. Dott. MARGOTTINI.

Le operazioni secondarie sul sistema biliare.

(B. MOYNIHAM. *The Lancet*, n. 5210, 1923).

Moyniham calcola che circa 1/5 dei pazienti, sofferenti di colelitiasi e da lui operati, erano già stati sottoposti ad altri interventi operativi per questa stessa causa morbosa. Le successive operazioni infatti possono rendersi necessarie per molte cause, prime fra le quali la natura stessa della malattia e le sue complicazioni, i postumi remoti ed anche un'operazione precedente incompleta.

I fattori principali, causa della formazione dei calcoli sono essenzialmente due: le infezioni ascendenti delle vie biliari e l'aumento della colesterina nel sangue. La maggior parte dei calcoli, è certo, si formano nella cistifellea: se si trovano altrove gli è perchè essi stessi o piccola parte di essi sono sfuggiti dalla vescichetta biliare. Eccezionalmente se ne forma qualcuno nel fegato o nel coledoco. Il punto di partenza delle infezioni può essere vario, e neanche risiede sempre nell'organo dal quale sembra provenire: questa constatazione e la necessità assoluta di stabilirne l'origine, è palmare, onde non incorrere nella possibilità di una recidiva.

Il tasso di colesterina nel sangue rappresenta un dato importante nella patogenesi della colelitiasi. Se si prende 0,16% come cifra normale del tasso di colesterina nel sangue e 0,193-0,133 i limiti entro cui tale normalità oscilla, il 60 % dei pazienti affetti da calcolosi non complicata, sono ipercolesterinemici. Il 40 % dei rimanenti, possiede valori che sono sì, racchiusi nelle cifre limiti, ma tre quarti di essi si avvicinano a quelle massime. Questi dati sono ricavati dalle ricerche eseguite su 100 pazienti affetti da varie malattie addominali. Dopo l'intervento, il contenuto di colesterina nel sangue diminuisce in molti casi di colelitiasi, ma questo succede anche dopo interventi per altre malattie (prostatectomia, gastrectomia). Sembra che ciò sia dovuto alla anestesia, all'aumento di temperatura, a disturbi del metabolismo. In alcuni casi il contenuto di colesterina poi risale, e questi sono i casi che rientrano nel gruppo diatesico. Esistono cioè degli individui costantemente ipercolesterinemici. Però la maggior parte di essi, da osservazioni praticate 14 mesi dopo l'intervento, posseggono un tasso di colesterina normale. La cura deve essere diretta dunque contro l'ipercolesterinemia. Tra gli alimenti proscritti rientrano il cervello, i reni, il giallo d'uovo, le cosidette animelle, la crema, il formaggio, la frutta fresca, il burro.

Il ripresentarsi dei sintomi della calcolosi può dipendere da varie circostanze: da una precedente operazione incompleta, ad esempio: può darsi che si siano lasciati dei calcoli. Quando il coledoco è dilatato, la supposizione di trovare dei calcoli al difuori della cistifellea è giustificata: secondo altri AA. tale sospetto è anche lecito quando si percepiscano dei noduli duri sulla testa del pancreas. Viene in campo allora l'opportunità di « esplorare » le vie biliari, le quali vanno aperte e sondate. Moyniham però dissente da questo modo di vedere e di procedere. Secondo lui è molto meglio e più sicuro palpare il coledoco tra il secondo e il terzo dito della mano sinistra introdotti nel forame di Winslow ed il pollice rimasto al difuori di esso.

Quando il coledoco è molto dilatato vi si può anche infilare l'indice. In tutte queste manovre ci vuole grande abilità e pazienza infinita. Se durante un'operazione precedente fu dimenticato un calcolo nella papilla di Vater bisogna aprire il duodeno ed eseguire l'operazione di Mac Burney o di Kocher. In tal modo il drenaggio della bile si esegue bene. Moyniham ne è entusiasta; poichè i pericoli sono scarsi: i risultati brillanti: le suture della papilla o meglio dei due lembi che ne risultano alla mucosa intestinale non è neanche necessaria. Eppure tale operazione non è praticata abbastanza spesso come si dovrebbe, poichè con il minor numero dei rischi promette la migliore delle prognosi. Quando non si vuole aprire il duodeno si può ricorrere utilmente alla dilatazione del coledoco o con la sonda di Mayo, o introducendo un catetere di gomma fino nell'intestino, come in appresso si dirà più estesamente.

Piccole particelle di calcoli possono esser rima-

ste nei dotti sopratutto per un insufficiente drenaggio. Si può dire a proposito delle tanto dibattute quesioni del drenaggio o della sutura del coledoco per calcolosi, che in genere in ogni caso di calcolosi del coledoco esiste anche una colangite e che oltre i calcoli di mole maggiore esiste la sabbia biliare.

Quando il calcolo è unico, allora in qualche caso la sutura può essere anche tentata, ma negli altri non vale la pena di far correre dei rischi inopportuni al paziente e di passare degli inutili quarti d'ora di preoccupazione. Moyniham nelle calcolosi multiple ha sempre drenato. Anzi in questi pazienti che sono assai debilitati, il drenaggio serve anche ed assai utilmente per la somministrazione di ricostituenti (Mac Arthur). Si fa cadere attraverso il tubo goccia a goccia, una soluzione al 5-15 % di glucosio, addizionata ad un po' di carbonato di sodio e interrompendo il deflusso ogni 3-4 h' per somministrare al malato un pasto di latte peptonizzato, uova, ecc. Nelle 24 h' si fanno scorrere 5-6 litri di soluzione. Il tubo rimane in posto per 10-14 giorni. Nello stesso tempo si vince ogni restringimento e si permette la fuoriuscita dei calcoli e della sabbia.

Quando poi la sabbia è abbondante e particelle di calcoli seguitano a scendere, è indicato allora secondo Moyniham l'applicazione del tubo di Carrel e l'irrigazione continua. Non vi è difficoltà in tale manovra perchè la dilatazione dei dotti, la rende agevole. Dopo 36 h' dalla loro applicazione è concesso l'inizio delle irrigazioni. In un caso così trattato la capo-sala incaricata di sorvegliare l'esatto funzionamento del Carrel, stimava a migliaia, i calcoletti fuoriusciti con l'acqua di rifiuto. M. adoperò in tal caso l'irrigazione intermittente con grandi quantità di acqua bollita o soluzione fisiologica. Questi sono i casi in cui probabilmente l'infezione proviene dalla vena splenica. Difatti in uno di questi casi la milza era ingrossata. Moyniham compì su questo ammalato la 6ª operazione (delle altre cinque non è fatta parola) drenando l'epatico e permettendo a migliaia di calcoletti di uscire. Con la splenectomia eseguita dopo un decorso di circa 6 mesi durante i quali furono continuati i lavaggi dei dotti e la ferita si era più volte chiusa e riaperta, cessò l'eliminazione dei calcoli e la paziente guarì.

Se esiste tifo bisogna somministrare urotropina a dosi di 1-2 gr. la sera, e 1 gr. di fosfato acido di sodio sciolto in mezzo litro di acqua. La somministrazione protratta per una settimana si alterna con periodi di riposo durante i quali si possono dare alcalini.

Nelle colecistectomie primarie, occorre far bene attenzione al modo di comportarsi del cistico, perchè la sua posizione anatomica normale o anormale può essere la causa di disastri spesso difficilmente riparabili, qualche volta assai gravi, sicchè giova qui più che mai ricordarsi dell'adagio: « Vedi bene quello che fai e non far nulla finchè non vedi ».

Quando succede di ledere il coledoco è bene riparare subito l'errore commesso, poichè rimandando a settimane o mesi l'intervento, non si migliorano certo le condizioni per l'operazione successiva. Quando il tratto di coledoco asportato fosse troppo grande bisogna fare una anastomosi tra epatico e duodeno.

Un tempo in cui i rischi della colecistectomia erano maggiori che non oggi, si preferiva lasciare la cistifellea anzichè toglierla, essendo il secondo un intervento irreparabile e il primo no. Ma quando si vide, con una tecnica migliore che i calcoli del coledoco provenivano dalla cistifellea, che era stata in una precedente operazione solo drenata, la colecistectomia entrò sempre più in vigore, tanto più che si vide l'inutilità di conservare un organo fuori funzione. Nè il chirurgo può esser trattenuto dalla possibilità di servirsi della cistifellea per un'anastomosi col duodeno, non presentandosi tale evenienza che assai raramente.

La grandissima maggioranza dei chirurgi è d'avviso di praticare la colecistectomia, in presenza di una calcolosi del coledoco.

Esistono alcune condizioni speciali del pancreas, stadi subacuti o cronici, che simulano perfettamente una occlusione calcolosa del coledoco.

La frequenza dell'associazione di affezioni pancreatiche con la colelitiasi è variamente apprezzata dai diversi autori, poichè è difficile formarsi un concetto esatto durante l'intervento delle lesioni di quella glandola ed esprimere in termini suscettibili di confronto il reperto. Ciò nonostante le alterazioni pancreatiche sono indiscutibili e son dovute o alla stessa infezione della colelitiasi, sia l'infezione epatica primitiva che secondaria, quanto simultanea, come ad una linfoangioite di origine epatica. Il primo modo di infezione, attraverso i dotti escretori è bene stabilito sia clinicamente che sperimentalmente, ma è anche innegabile quanto spesso si abbia campo di osservarne anche l'altro.

Tipici sintomi di occlusione calcolosa del coledoco sono simulati da una flogosi circoscritta della testa del pancreas. In questi casi giova il drenaggio del coledoco sia con un tubo a *T* o meglio con due drenaggi di cui uno introdotto nell'epatico, l'altro nel duodeno. Gli interventi su ammalati profondamente ittetrici sono intimamente legati alla insufficienza epatica, e al modo

di modificarla, possibilmente con una dieta opportuna, e alle emorragie post-operatorie.

Succede difatti qualche volta che, malgrado l'assenza di qualsiasi incidente e il decorso normale dei primi giorni dopo l'intervento, venga a cessare completamente o quasi il deflusso della bile e si stabilisca un rapido deperimento generale associato ad una forte azotemia e ad una ripresa dell'ittero. Il paziente si perde allora nel coma. In questi casi si tratta di insufficienza renale consecutiva a quella epatica.

L'emorragia post-operatoria, dovuta alla diminuzione del potere coagulante del sangue è legato probabilmente alla deficienza di sali di calcio. In questo caso è indicata la trasfusione diretta di sangue o la somministrazione endovenosa di 5 cc. di una soluzione al 10% cloruro di calcio ripetuta per 3 giorni. Non bisogna quindi procedere ad interventi sul fegato o sulle vie biliari prima di essersi avvicinati assai alla soglia normale della coagulabilità del sangue.

Gli interventi secondari — sul sistema biliare — appartengono quindi alle operazioni più difficili ed esigono le qualità più peculiari di un chirurgo esperto. MINGAZZINI ERMANNO.

FARMACOLOGIA E TERAPIA.

Lo stato presente delle ricerche sulla triparsamide.

(L. PEARCE, WADE H. BROWN. *New York State Journal of Med.*, luglio 1924).

Viene riferito circa lo stato attuale delle ricerche sull'impiego terapeutico della triparsamide (1) nella tripanosomiasi e nella sifilide.

Le prime prove sulle applicazioni del prodotto vennero compiute sugli animali e precisamente su topi e conigli sperimentalmente tripanosomizzati. Fra questi gli esperimenti vennero poi continuati sui soli conigli quali animali in cui l'infezione tripanosomica (a differenza dei topi ove assume decorso acuto a tipo setticemico) suole acquistare caratteri molto più simili all'infezione umana; un decorso, cioè, subacuto o cronico con frequente partecipazione del sistema nervoso ed esito in morte. Tali esperimenti hanno dimostrato che in ambedue le specie animali la malattia può essere guarita impiegando proporzionalmente un'eguale dose del farmaco: dose basata sull'eccellente indice terapeutico del medesimo che recenti ricerche hanno stabilito fra un dodicesimo e un ottavo della dose tollerata.

(1) Pei principali caratteri fisico-chimici del composto rinviamo alla recensione del lavoro sull'argomento dei dott. GUILLAIN e GIROT (*Bull. d. Acad. de Méd.*, luglio 1924). (*N. d. R.*).

I buoni effetti ottenuti nei conigli, in cui, come nell'uomo, l'infezione evolve aggredendo prevalentemente i tessuti, dimostrano, secondo gli AA., che l'azione della triparsamide è dovuta più che al potere parassiticida, alla sua speciale facoltà di penetrazione nei tessuti.

Nella sifilide l'azione spirocheticida della triparsamide è certamente minore di quella tripanomicida. Le molteplici esperienze sui conigli compiute al riguardo hanno però mostrato che, mentre da un lato necessitano dosi elevate per indurre la scomparsa delle spirochete dalle lesioni iniziali ed una guarigione definitiva di queste ultime, dosi minori del farmaco si mostrano già capaci di danneggiare l'attività dei treponemi determinando con frequenza la guarigione delle lesioni senza promuovere la comparsa di successivi sintomi più gravi della malattia. L'azione favorevole svolta non sarebbe in rapporto con l'azione spirocheticida immediata; il farmaco agirebbe più che altro favorendo ed affrettando il processo spontaneo di riparazione.

Nella malattia del sonno l'impiego della triparsamide data già da tempo ed i risultati terapeutici fino ad ora ottenuti sono stati oltremodo soddisfacenti. Nel Congo belga e nelle colonie africane britanniche, ove l'uso ne è stato assai largo, autorità belghe e inglesi provvedono attualmente ad una vasta distribuzione del farmaco. Stadi recenti e tardivi della malattia si avvantaggiano del pari e in genere tutti i sintomi morbosi (febbre, tremori, disturbi dei riflessi e della sensibilità, stato letargico, emaciazione, ecc.) scompaiono completamente nel periodo di poche settimane.

Tali benefici effetti sono dovuti, secondo gli AA., al potere di penetrazione del farmaco per cui la sua azione viene direttamente a svolgersi nel sistema nervoso centrale.

Negli infermi trattati non ebbe ad osservarsi sintomo tossico o reattivo alcuno: unico effetto nocivo fu la comparsa in qualche caso di disturbi visivi sempre però di natura lieve e di breve durata. D'altro lato sorprendente fu il miglioramento nelle condizioni generali e l'aumento del peso che in un infermo in gravi condizioni raggiunse i 10 chili nel periodo di due mesi.

Nel trattamento della sifilide la triparsamide è stata usata in casi di lesioni iniziali, nelle manifestazioni secondarie torpide o in via di regressione in soggetti debilitati e in numerosi casi di lesioni nervose, specialmente nella paralisi generale.

Nelle manifestazioni primarie e secondarie l'impiego del prodotto venne basato più che sul potere parassiticida, sulla influenza benefica esercitata sullo stato generale: nella neurosifilide fu

sopratutto l'ipotesi fondata che il farmaco, oltre a rinforzare i naturali processi di resistenza organici, possedesse un'alta capacità di penetrazione nel tessuto nervoso.

Le prime applicazioni terapeutiche nella sifilide dei centri nervosi datano dal 1919; successivamente, negli Stati Uniti e in Europa, l'uso del medicamento venne controllato da ripetuti studi e ricerche.

Attualmente, dato l'ancor breve tempo trascorso dall'inizio dell'impiego e i pareri sui risultati ottenuti non tutti concordi, gli AA. credono prematuro poter trarre conclusioni definitive, ritenendosi soltanto autorizzati ad enunciare considerazioni generali sull'esperienza finora effettuata.

Sembra così da tutti ammesso che la paralisi generale sia il tipo di affezione nella quale il farmaco si mostri più efficace, sebbene, anche in altri tipi di sifilide nervosa, si siano avuti risultati incoraggianti. La questione principale connessa al trattamento della neurosifilide in genere, e della paralisi generale in specie, è quella di stabilire se gli effetti clinici e sierologici ottenuti colla triparsamide siano da ritenersi eguali o superiori a quelli ottenuti cogli altri ordinari metodi di cura. A questo proposito le relazioni comunicate dai varii sperimentatori sono lungi dall'essere concordi, poichè, mentre alcuni riferiscono di aver avuto effetti di gran lunga superiori a quelli osservati fino ad ora con gli altri mezzi di cura e, per di più, senza azione dannosa di sorta, altri parlano invece di risultati press'a poco eguali e citano inoltre un certo numero di complicazioni visive in seguito alla cura.

La proporzione di queste ultime andrebbe da un massimo del 40 % a un minimo del 3%, estremi fra i quali può essere calcolata quale media verosimile quella del 10 %. Nella grande maggioranza dei casi tali complicazioni, computate nel complesso di infermi di neurosifilide trattati, furono del tutto passeggere ed è anzi opportuno rilevare che esse non ebbero a ripetersi o, nei casi di permanenza di qualche sintomo, non ebbero a peggiorare nei successivi cicli di cura.

Quanto ai reperti umorali e sierologici nella maggioranza degli infermi curati per un congruo periodo, gli AA. poterono riscontrare nel l. c. r. una diminuzione del numero degli elementi cellulari e dell'albumina e una modificazione nelle reazioni colloidali: la Wassermann subì modificazioni solo dopo cure inoltrate, mentre in alcuni casi non venne affatto influenzata.

Concordi osservazioni di tutti gli sperimentatori riguardano la spiccata miglioria nello stato generale e l'effetto stimolante ottenuto dalla cura.

La dose più comunemente usata fu quella di gr. 2 o gr. 3 disciolti in 10 cc. di acqua distillata sterile e iniettati per via endovenosa settimanalmente. Il ciclo ordinario di cura comprese dalle 8 alle 12 dosi.

Da molti alla somministrazione dell'arsenico viene associata quella mercuriale, altri affermano invece di ottenere i medesimi risultati dalla sola triparsamide, mentre altri infine impiegano il mercurio nei periodi di sosta del trattamento arsenicale.

Tale in breve lo stato presente delle ricerche sul nuovo prodotto. Attualmente, mentre nella tripanosomiasi possiamo già basarci su un'esperienza sufficiente onde con sicurezza trattare della sua azione terapeutica, nella cura della neurosifilide invece il periodo investigativo non può dirsi ancora ultimato e le nostre conoscenze al riguardo abbisognano di ulteriori contributi.

M. AGOSTINI.

Citrato di soda ed emostasi.

(RENAUD M., *Paris Médical*, n. 38, 1924).

L'A. fa rilevare come complessa sia la genesi delle emorragie. Ve ne sono alcune favorite da alterate proprietà del sangue, quelle cioè, dovute a stati emorragici, specie dall'emofilia, ai quali si rimedia facendo tornare gli organi ematopoietici in condizioni di funzionalità normali, o supplendo ai difetti che si verificano nel plasma.

Qualunque sia la spiegazione che si vuol dare all'azione del citrato di soda sulla circolazione periferica e sulla coagulazione del sangue stravasato, vi è un fatto indiscusso, la sua efficacia come agente emostatico.

Si è rilevato, come dopo la trasfusione del sangue citratato, le emorragie operatorie si verifichino meno abbondanti, e come pure ottimi risultati si siano ottenuti nelle emofilie.

Partendo da questo concetto, i chirurgi americani Hofmeister e Neubauer iniettano, sistematicamente, soluzioni concentrate di citrato di soda per via intramuscolare prima di ogni intervento in cui si tema il verificarsi di accentuata emorragia, e ne hanno avuti risultati splendidi.

L'A. e Iuge, seguendo l'esempio, l'hanno usato, con vantaggio, nelle *emorragie* dei *cancerosi*, che si erano dimostrate ribelli all'azione dei *sieri* e degli *estratti organici*.

I risultati superarono ogni aspettativa quando alla *via intramuscolare* si sostituì la *endovenosa*. Tale metodo fu usato, inoltre, nelle *emottisi* dei tubercolosi e contro le *emorragie* a genesi svariata: *emorroidi, fibromi*, ecc., e sempre con risultati ottimi.

L'azione però più brillante si è riscontrata nel-

le *emorragie* che si verificano nel decorso dei *tumori maligni*, qualunque sia la loro sede.

L'A. ricorda il caso di un uomo affetto da cancro del retto che da 5 mesi aveva continue rettorragie, e che dopo una sola iniezione le vide scomparire per altri 4 mesi.

Un altro malato, sofferente di *cancro del faringe*, e che sanguinava ad ogni lavaggio, dopo una sola iniezione, non ebbe più emorragia alcuna.

Buoni effetti si sono avuti nelle *metrorragie per cancri dell'utero*, e nelle *emorragie da affezioni ginecologiche*.

A questo proposito rammenta il caso di una paziente sofferente di *menorragia abbondante*, che durava nel periodo delle regole circa 3 settimane. All'inizio della mestruazione le fu praticata una iniezione endovenosa e l'emorragia dopo due giorni scomparve totalmente. Dopo oltre un mese la paziente si lamentava di non avere più le sue regole.

Tutte le osservazioni dimostrano come il citrato di soda agisca non solamente mettendo in azione fattori che si oppongono momentaneamente alla emorragia, ma che la sua azione è durevole più di tutte le altre medicazioni vasomotorie.

Gli *inconvenienti* che presenta l'iniezione di citrato di soda ad alta dose non sono punto paragonabili con i *vantaggi*.

Nella maggior parte dei casi l'iniezione non dà luogo ad alcun disturbo: in alcuni però si rilevano fenomeni di *choc*: *angoscia, malessere, pallore del viso, transitoria elevazione termica*. Sono *fenomeni* puramente *tossici* poichè si verificano tanto per via intramuscolare che endovenosa. Possono tali turbe essere attenuate con l'uso di *tonici cardiaci* (sparteina, chinidina). Sono però *passeggeri* e mai hanno dato luogo a morte.

La *somministrazione* del farmaco è molto semplice: si iniettano nella vena da *15 a 30 cc.* di una soluzione di *citrato di soda* al *30 %*.

La soluzione, essendo *instabile*, è opportuno che sia, sempre, preparata di recente.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

KRAUS R. und UHLENHUTH P. *Handbuch der mikrobiologischen Technik*, Band. 3°. Berlin-Wien. Urban e Schwarzenberg, 1924. Fr. svizz. 41,25.

Con l'apparire di questo 3° volume viene completata la pubblicazione del trattato di tecnica microbiologica del Kraus e Uhlenhuth. Non è possibile esporre anche sinteticamente la materia che anche in questo volume trova la più ampia e dettagliata trattazione. Lo studioso di microbiologia trova in esso raccolti, come nei due volumi precedenti, tutti quei particolari di tecnica e tutte quelle indicazioni che in qualsiasi argomento possono riuscire a lui utili. Questo volume è riservato alle ricerche microscopiche dirette e a quelle culturali dei funghi sia patologici che non patologici, ed a tutti i metodi di esame microbiologico dell'acqua e dell'aria. In altri capitoli è diffusamente esposto quanto si conosce sulla filtrazione e sull'ultrafiltrazione ed accanto ai vari mezzi di indagine sono trattati particolarmente i virus filtrabili.

Inoltre trovano adeguato svolgimento i mezzi di studio dei vari insetti, i metodi di indagine della chemioterapia sperimentale, la tecnica dello studio delle filarie, e da ultimo la tecnica delle varie ricerche sul latte, sul sangue, sui tumori.

Il trattato termina con una parte dedicata alla illustrazione dei maggiori e più celebri istituti di igiene e microbiologia, esponendo le norme principali per un impianto di un grande istituto o laboratorio, ed anche per la composizione di un laboratorio bacteriologico mobile.

Ogni capitolo ed ogni parte del trattato è corredato da numerosissime indicazioni bibliografiche sì che lo studioso di microbiologia trova in questa opera tutto quanto possa occorrergli sia di teorico che di pratico nell'indagine bacteriologica di qualsiasi specie. E. T.

Klinische Laboratoriumstechnik. Pubblicata da T. BRUGSCH e A. SCHITTENHELM. Vol. II. Un volume in-8° di pag. 1448, con figure. Urban e Schwarzenberg, Berlino-Vienna, 1924. Prezzo marchi-oro 21,60.

Questo secondo volume dell'ottimo manuale di Brugsch e Schittenhelm si occupa dei metodi per le analisi chimiche, generali, come di quelli speciali per le ricerche biologiche; questa parte comprende oltre 350 pagine. Viene poi lo studio dei fermenti, della coaugulazione del sangue, della reazione di Abderhalden.

Altri tre capitoli sono dedicati alla metodica sperimentale, alle ricerche sul sistema nervoso vegetativo e sull'azione dei corpi proteinici. La lunga trattazione dell'analisi biologica dei gas

è fatta da H. Lühr, che si occupa anche della valutazione della quantità totale del sangue per mezzo di sostanze coloranti. Segue da ultimo il capitolo sulle ricerche di fisico-chimica fatte sia nel campo delle soluzioni vere, come in quello dei colloidi, e della cinetica delle reazioni.

La molteplicità dei metodi indicati, le chiare e precise indicazioni sull'esecuzione rendono questo libro indispensabile per chi si occupa di questi argomenti. *fil.*

LEONOR MICHAELIS. *Manuel de techniques de physico-chimie.* Trad. franc. de CHABANIER e LOBO-ONEL. Masson e C., Paris, frs. 12.

Questa traduzione francese, fatta sulla 2ª edizione tedesca, del famoso Prakticum di L. Michaelis, autore conosciuto ed apprezzato in tutto il mondo per i suoi fondamentali lavori di fisico-chimica, applicata soprattutto alla medicina, sarà accolta dagli studiosi col più vivo interesse. Essa servirà a diffondere anche fra coloro, che non seguono gli studi in lingua tedesca, le idee, le tecniche e i metodi del grande fisico-chimico berlinese.

Chi scrive ha avuto occasione nel Laboratorio stesso del Michaelis, a Berlino, di servirsi lungamente del Prakticum, che ora vede la luce in francese; e può far fede della sua utilità per tutte le ricerche moderne di questa così seducente scienza nuova, che è la fisico-chimica. Il libro del Michaelis è una miniera inesauribile e di facilissima esplorazione pei medici, che non possono avere troppo profonde nozioni teoriche di fisico-chimica; è una guida preziosa e sicura per i biologi, che vogliono addestrarsi nelle ricerche sistematiche specialmente sui colloidi, è un compagno indispensabile per chi deve occuparsi, soprattutto a scopi clinici, della determinazione che va diventando d'uso corrente, della concentrazione di joni-idrogeno (ph), col metodo dei Puffer, e senza.

Non mi fa velo l'amicizia per il prof. Michaelis dicendo tutto il mio plauso per i traduttori che, in forma chiara e con veste tipografica assai decorosa, hanno contribuito a diffondere questo prezioso lavoro, frutto di tanti anni di pratico insegnamento, di L. Michaelis. G. SABATINI.

P. SAXL. *Die Oligodinamische Wirkung der Metallsalze.* Un vol. in-8° di 57 pag. J. Springer, Berlino, 1924. Prezzo marchi-oro, 1,70.

L'A. esamina in questa monografia l'interessante problema della oligodinamia, tuttora avvolto nel mistero. Espone i fatti conosciuti e la estrinsecazione dell'azione oligodinamica, mette in rilievo quali sono le condizioni che la favoriscono o l'ostacolano e considera le connessioni dei fenomeni oligodinamici con quelli biologici, nonchè le teorie che tentano darne una spiegazione. L'A. trova una notevole analogia fra l'azione oligodinamica e quella catalitica e dimostra l'importanza che questi fenomeni hanno per la biologia generale e per la medicina pratica. *fil.*

Oeuvres de Pasteur. Vol. III, in-8° di pag. 519, con 32 tav. e 25 fig., Masson e C., éd. Parigi, 1924. Prezzo frs. 100.

Vengono qui riunite, in bella edizione, sotto la direzione del Dr. Pasteur Vallery-Radot, tutte le opere di Pasteur, degno omaggio alla memoria del grande maestro che ha dischiuso nuovi orizzonti alla biologia.

Ai due primi volumi, sulla « Dissimetria molecolare » e sulla « Fermentazione e generazione detta spontanea », segue questo, dedicato alla fermentazione acetica ed alle malattie del vino. Accanto alla ricerca scientifica, troviamo qui la preoccupazione dell'applicazione pratica, ciò che caratterizza il genio di Pasteur. Vi si trova in pieno sviluppo la logica inflessibile di questi lavori che s'incatenano l'un l'altro. Gli studî sull'aceto fanno seguito agli studî sulle fermentazioni, emanati dalle scoperte sulla dissimetria molecolare. Quelli sulla causa e sul trattamento delle malattie dei vini sono la conseguenza degli studî sulle fermentazioni e sulla generazione detta spontanea e sono il preludio alle ricerche sulle malattie contagiose. *fil.*

ARTURO CASTIGLIONI. *Il Libro della Pestilenza,* di GIOVANNI DE ALBERTIS da CAPODISTRIA (A. D. MCCCCL). Trieste, 1924.

Non è l'averci fatto conoscere, fra i tanti già noti, un altro, sia pure interessante, trattato sulla pestilenza, il principale merito che spetta al Castiglioni per questo suo dotto libro: ma è la brillante sintesi, che egli fa del capitolo in questa occasione della storia della medicina comprendente le pubblicazioni del genere di quella, che oggi riporta in un testo nitidamente trascritto, criticamente curato, accuratamente interpretato.

Le grandi epidemie sogliono seguire le vie del commercio: e le navi di Venezia portarono nei porti istriani la peste, che fu studiata dal Johannes de Albertis, *artium et medicinae doctor* e descritta nel codice miniato quattrocentesco che oggi il Castiglioni dà alle stampe.

Lavori, come questo del Castiglioni richiedono nel medico la stoffa dello storico, del latinista e del paleografo; e in essi va ammirata la dottrina al pari della pazienza, e va lodata la fatica silenziosa insieme con la tenacia indagatrice.

La pubblicazione del Castiglioni è bella anche dal lato tipografico. *g. sabatini.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Sedute del 5 marzo e del 9 aprile 1924.

Presidenza: Prof. PIERI, presidente.

La reazione di Schick e l'immunizzazione attiva contro la difterite.

Dott. PAGANI-CESA. — L'O. espone gli scopi della reazione di Schick, atta a svelare fra i bambini quelli immuni naturalmente e quelli non immuni verso la difterite.

Dopo avere esposto la tecnica accenna alle vaste esperienze americane, e a quelle compiute nella Clinica Pediatrica di Padova.

Richiama l'attenzione sull'alto valore pratico di questa reazione, che in una comunità infetta fa svelare coloro che possono contagiarsi facilmente (Schick-positivi) e quelli che avendo un contenuto antitossico nel loro siero di sangue superiore ai precedenti, si possono difendere naturalmente contro l'attecchimento del bacillo di Löffler (Schick-negativi).

L'attenzione del medico sarà quindi rivolta solo verso i primi, che dovrà rendere immuni per poterli salvare dal contagio.

L'O. accenna al metodo di immunizzazione passiva a mezzo del siero antidifterico per poi venire a parlare della immunizzazione attiva a mezzo dei vaccini difterici (miscela di tossina e antitossina). Per lo più sono sufficienti tre iniezioni di vaccino alla distanza di otto giorni per ottenere una Schick negativa in bambini antecedentemente a Schick positiva.

Psicosi in sifilide secondaria.

Dott. SPANIO. — L'O. riferisce di un giovane che dopo circa sei mesi dall'aver sofferto di ulcera dura al pene, cominciò a presentare cefalea intensa, insonnia, dolori reumatoidi agli arti, un manifesto disorientamento psichico. Passò poi attraverso uno stadio di attività onirica subcosciente; tormentato da sogni terribili, finisce per avere delle idee fisse postoniriche come in uno stato secondo; infine ha idee di persecuzione che a poco a poco si organizzano in un delirio il cui quadro è completato da allucinazioni cenestesiche.

La sieroreazione di Wassermann è positiva nel sangue, negativa nel liquor.

L'anamnesi familiare è negativa.

L'O. crede trattarsi di uno di quei casi di psicosi tossi-infettiva dovuta alla sifilide nel senso che essa è dovuta all'azione del veleno specifico e non alle lesioni cerebrali provocate dalla sifilide, casi che sono i più interessanti e anche i meno conosciuti.

Una insolita complicazione dell'ulcera gastrica.

Dott. VALDUGA. — Una donna di 46 anni, da alcuni anni soffriva di dolori epigastrici specie dopo i pasti, e vomito, che negli ultimi mesi era divenuto profuso e a carattere biliare.

All'esame obbiettivo, oltre l'emaciamento, si constatava alla palpazione dell'epigastrio, a sinistra, una tumefazione dolente grande quanto un mandarino, a limiti poco netti, spostabile.

Diagnosticata un'ulcera della piccola curvatura, l'operazione dimostrò che l'ulcera oltre all'aver prodotto un tipico stomaco a clessidra, aderiva saldamente all'angolo duodenodigiunale, e lo stenosava, donde grave dilatazione del duodeno e reflusso del suo contenuto nello stomaco.

Il chirurgo (PIERI) praticò una doppia gastro-digiunostomia antecolica (una per ciascuna delle sacche dello stomaco biloculato) realizzando così, oltre l'esclusione dell'ulcera, anche il drenaggio del reflusso duodenale (attraverso la seconda bocca anastomatica).

L'operazione data da oltre tre mesi, e la donna, presentata all'assemblea, afferma la scomparsa totale dei suoi disturbi; la palpazione dell'epigastrio non permette più di riscontrare la tumefazione esistente prima dell'operazione.

Dott. FERRARI. — *Semeiotica della pupilla.* — Conferenza non adatta a un breve riassunto.

Contributo alla patologia dell'aorta.

Dott. PACILEO. — L'O. ha osservato due casi di lesioni dell'aorta: una ferita dell'arteria e una occlusione embolica, ambedue mortali.

Nel primo caso si trattava di un militare cui era stato inferto un colpo di pugnale alla regione lombare destra; quando fu estratto il pugnale, che era stato lasciato dall'aggressore confitto nella ferita, si ebbe una violenta emorragia, che si arrestò subito spontaneamente.

La morte si verificò oltre 5 ore dopo. L'autopsia dimostrò che la lama del pugnale aveva prodotto una ferita cutanea lunga 4 cm., e dirigendosi verso la linea mediana aveva tagliato il muscolo quadrato dei lombi e i muscoli spinali, era passata fra le apofisi trasverse della prima e della seconda vertebra lombare, aveva sezionato in parte il disco intervertebrale, e rasentando la vena cava inferiore senza ferirla, aveva tagliato trasversalmente la aorta per più di metà della sua circonferenza.

L'altro caso concerne una donna di 60 anni, polisarcica, cardiopaziente, che, colta all'improvviso da un deliquio, cadde a terra, e nel riaversi accusò forti dolori addominali che durarono fino al giorno seguente, quando l'ammalata cominciò a lamentarsi di parestesie e dolori alle gambe che divennero sempre più fieri nei giorni seguenti.

Gli arti inferiori erano immobili, freddi, cianotici, e in breve si rese evidente la loro gangrena ischemica, simmetrica, fino alla radice della coscia.

La morte sopraggiunse, col quadro dell'insufficienza cardiaca, otto giorni dopo l'accidente iniziale.

Non fu eseguita autopsia.

G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Fattori negletti nella prevenzione dell'apoplessia.

Risulta dalle statistiche l'aumento di mortalità per emorragia cerebrale. Ciò dipende, dice H. Drysdale (*Journ. A. M. A.*, 12 luglio 1924), da che nella vita moderna si va più spesso incontro alle cause di arteriosclerosi, ma anche dal misconoscere i segni di una arteriosclerosi cerebrale iniziale, e dal non prendere in tempo gli opportuni provvedimenti terapeutici.

L'arteriosclerosi cerebrale può iniziare senza ipertensione, nè altri segni di lesione organica. Bisogna sospettarla quando esistono dati etiologici, come l'eccesso di lavoro intellettuale, oppure sintomi pseudoneurastenici, come facile emotività, irritabilità, vertigini, cefalee, facile stanchezza, insonnia, apprensività, in individui oltre i 40 anni. In questi casi mai va trascurata la R. W. nel sangue e nel liquor, e l'esame oftalmoscopico, il quale spesso rende chiara la diagnosi. A cuore apparentemente sano, abnormi modificazioni del polso nel cambiare di posizione possono tradire una iniziale sofferenza del sistema circolatorio

Dal punto di vista terapeutico bisogna naturalmente raccomandare una maggior tranquillità di vita, moderazione nel vitto, sopratutto carneo, abolizione dei liquori, abolizione o almeno moderazione nell'uso del vino, non essendo dimostrato che questo sia causa diretta di arteriosclerosi (è un americano che parla! *N. d. R.*).

Un esercizio moderato, preferibilmente al mattino, all'aperto, seguito da una lieve doccia fredda, è spesso utile: non deve essere eccessivo, e può esser sostituito dalla ginnastica da camera. Alla sera, prima di andare a letto, contro l'eventuale insonnia può giovare un bagno o impacco caldo, preceduto da un moderato esercizio muscolare (ad es. alcune flessioni).

I farmaci sono poco utili. Si sogliono prescrivere i iodici a piccole dosi, dai quali molti pazienti dicono di trarre un evidente vantaggio.

L'A. ha spesso trovato giovevole la digitale a dosi toniche, per la sua azione sul circolo generale e sul rene.

I sedativi sono da proscrivere come farmaci di uso abituale. Con prudenza, in casi particolari, contro l'eccessiva agitazione, o una persistente insonnia, si potranno usare. DORIA.

Un caso di ascesso cerebrale consecutivo a periostite alveolare della mascella.

È riferito da L. Sussig (*Med. Klinik*, n. 47, 1924). Uomo di 27 anni, affetto da periostite alveolare della mascella di sinistra con formazione di ascesso risalente nella fossa infratemporale sinistra. L'incisione dell'ascesso periosteo determinò la fuoriuscita di abbondante pus brunastro, fetido, contenente spirochete dentali e bacilli fusiformi. La tumefazione regredì e scomparve la febbre; 6 giorni dopo l'incisione improvvisamente stato di eccitazione di breve durata seguito da coma e morte. L'autopsia dimostrò periostite della mascella sinistra della fossa pterigo mascellare e temporale con infiammazione flemmonosa del connettivo lasso, dei muscoli temporali pterigodei. Osteite ed osteomielite, circoscritta alla parte più sottile della squama temporale sinistra; pachimeningite esterna ed interna purulenta circoscritta, al margine laterale della metà sinistra della fossa cranica media. Ascesso della grandezza di un uovo nel lobo temporale sinistro, con pus verdastro. Leptomeningite purulenta specialmente alla base. Nel pus meningitico e ascessuale si trovarono numerose spirochete dentarie, bacilli fusiformi, e cocchi e bastoncini di varia qualità. Il reperto dell'autopsia fa pensare all'autore che la localizzazione cerebrale non sia avvenuta per via ematogena, nè per via metastatica. L'ascesso periosteo alveolare avrebbe trovato una forte resistenza alla progressione in alto per l'inserzione del muscolo temporale. In corrispondenza ad uno dei punti più sottili della squama temporale il pus sotto forte pressione sarebbe riuscito ad aprirsi una strada attraverso l'osso dopo formazione di osteite ed osteomielite circoscritta. Infettata la dura, il processo si sarebbe propagato al cervello per contiguità. POLLITZER.

Inoculazione di Spirochete ricorrenti nella sclerosi multipla.

La probabile etiologia spirochetica della sclerosi multipla indusse E. John (*Med. Klinik*, n. 46, 1924) a tentare questo metodo di cura, allo scopo di determinare processi immunitari che agiscano anche contro la malattia fondamentale. L'autore inoculò la spirocheta ricorrente a 9 malati di sclerosi multipla di cui 5 gravissimi. Gli accessi febbrili si manifestarono dopo una incubazione di 4-9 giorni. Dopo il quarto periodo febbrile la malattia veniva di solito troncata per mezzo di una iniezione endovenosa di 15 ctgr. di salvarsan argentico e puntura lombare. La febbre ricorrente esercitò in alcuni casi una notevole influenza sul decorso della sclerosi multipla; in uno dei casi determinò la scomparsa quasi completa di tutti i sintomi durante un periodo di osservazione di un anno. Questi risultati non si possono

però considerare probativi perchè sono frequenti le remissioni spontanee nel decorso della sclerosi multipla. L'influenza esercitata con l'infezione sperimentale di ricorrenti sulla sclerosi multipla è però indubbia; lo dimostrano le reazioni di focolaio talvolta intense le quali accompagnano gli accessi febbrili che si manifestano clinicamente con una esagerazione di tutti i disturbi nervosi preesistenti.

POLI.

L'azione antispasmodica dell'iniezione paravertebrale.

L'iniezione paravertebrale esplica una duplice azione: blocca cioè la conduzione del dolore e abbassa il tono muscolare, eliminando in tal modo la causa stessa dolorifica.

J. Pal (*Wien. Med. Woch.* n. 52, dic. 1924) consiglia una soluzione di novocaina al 1/2% o di tutocaina al 0,25%, senza aggiunta di soprarenina.

Egli ha ottenuto notevoli resultati in casi di coliche biliari, con vescicola piena e palpabile, praticando l'iniezione in corrispondenza della 9ª apofisi spinosa dorsale. La superiorità sull'iniezione di morfina è nel fatto che dopo questa, seppur cessa il dolore, persiste lo spasmo vescicolare, che cede invece coll'iniezione paravertebrale. Questa è poi analogamente indicata in certi casi di ittero meccanico, poichè, bloccando con essa il simpatico, si fa cessare lo spasmo degli elementi contrattili, che verosimilmente esistono nelle fini vie biliari. Anche gli stati di gastrospasmo, per es. nei tabetici, e le coliche renali costituiscono indicazione per l'intervento.

Nel campo della patologia degli organi del torace se ne giovano poi tanto i casi di asma, che quelli di angina pectoris e di aortalgia. Nell'aortalgia pura l'azione si esplicherà solo col blocco della conduzione dolorosa, mentre nell'angina pectoris l'azione sarà estesa anche all'elemento spastico del muscoli vasali.

Prima di ricorrere al trattamento chirurgico dell'angina pectoris, ora largamente applicato, si dovrebbe in ogni caso tentare l'azione curativa dell'iniezione paravertebrale.

M. FABERI.

Le iniezioni di luminal negli stati eccitativi.

E. Schneider (*Münchener med. Wochenschrift*, 12 dicembre 1924) usa una soluzione al 20 %, in acqua distillata, fredda, sterilizzata. Appena preparata la soluzione, la si filtra e vi si aggiungono tre gocce di fenolo puro per ogni 30 cmc. La iniezione si fa endomuscolare, nel deltoide, nella regione glutea superiore, nel quadricipite femorale, evitando i grossi tronchi nervosi, poichè altrimenti potrebbe conseguirne paralisi. La siringa (Record) e l'ago vengono dapprima tenuti per mezz'ora nell'alcool a 70 e, dopo l'uso, lavati con acqua; il punto di introduzione si disinfetta con alcool. L'aggiunta del fenolo è innocua e d'altra parte è necessaria, tanto che, in casi nei quali era stata tralasciata, si ebbero degli ascessi. La soluzione deve essere fresca e, comunque, non deve avere più di quattro giorni, anche perchè si formano precipitati, che potrebbero ostruire l'ago.

Queste iniezioni trovano il loro impiego in quei malati agitati, che rifiutano l'introduzione orale, od eccezionalmente, in quelli in cui il rimedio non è sopportato dallo stomaco. Come dose iniziale, si usano 2 cmc. della detta soluzione, 1-2 volte al giorno; nei malati, per i quali si conosce di già la reazione al luminal, si può arrivare a 5 cmc., due volte al giorno. Bisogna poi evitare l'azione cumulativa, che si potrebbe avere in seguito all'uso di forti dosi continuate a lungo. Perciò è consigliabile incominciare con dosi piuttosto forti e poi, raggiunto l'effetto tranquillante, continuare con piccole dosi. L'effetto si ha già dopo tre quarti d'ora; i malati non vengono presi subito dal sonno, ma diventano più tranquilli e trattabili, rimangono in letto e mangiano meglio. Le iniezioni non provocano dolore e non danno conseguenze spiacevoli.

L'A. dichiara di preferire senz'altro questo metodo alla scopolamina, la quale determina bensì per parecchie ore una profonda incoscienza, da cui però i malati si risvegliano, con la primitiva irrequietezza. Solo nei casi in cui è necessario ottenere rapidamente l'effetto calmante, si potrà iniettare sottocute mg. 0,5 di scopolamina, e subito il luminal per iniezione endomuscolare.

L'uso del luminal ha trasformato del tutto il riparto degli agitati, per cui, salvo poche eccezioni, questi malati vengono tenuti bene in letto, od almeno nel bagno a permanenza ed è divenuta assai rara l'alimentazione a mezzo della sonda.

fil.

Intossicazione acuta da ureidi: Veronalismo acuto.

A. Tardieu (*Revue de médecine*, n. 7, 1924), afferma che l'avvelenamento da *veronal* è di data relativamente recente, poichè il veronal fu preparato industrialmente nel 1903.

L'azione ipnotica di questo preparato è dovuta ai gruppi *ureici* e *radicale etilico*, che determinano un leggero coma sul tipo uremico ed etilico.

Il veronal si prescrive abitualmente alla dose di gr. 0,25 e 1 gr. nelle 24 ore. Dosi più elevate

sono state usate in psicopatici agitati affetti da agripnia ribelle. Le dosi tossiche del veronal oscillano tra gr. 0,60 e 14 gr. È prudente non prescrivere questo medicinale che dopo esame minuzioso della funzione epato-renale.

L'intossicazione acuta da veronal si manifesta essenzialmente con il *coma*, variabile a seconda della quantità ingerita ed a seconda della suscettibilità del soggetto. Come in tutte le intossicazioni di origine esterna si può avere *coma leggero*, *coma profondo*, *coma profondissimo* (il cosidetto *carus* degli antichi autori) ed il *coma vigile* (fase di sonno calmo alternato con periodi di delirio ed agitazione).

Nel *coma leggero* il malato è immobile; se viene eccitato dà qualche risposta, si lamenta, esegue movimenti.

Nel *coma profondo* si ha rilasciamento muscolare totale, abolizione dei riflessi, della sensibilità tattile e dolorifica; nessuno stimolo sveglia il malato dal suo letargo; il respiro è lento, profondo, stertoroso; il polso debole, frequente, la deglutizione difficile; si hanno disturbi degli sfinteri: spesso febbre leggera. Le pupille midriatiche; i riflessi irìdei, pigri o soppressi, vi è ipersecrezione salivare, sudori profusi e convulsioni cloniche e toniche alla fine del coma.

Nel *coma profondissimo* (Carus) oltre al quadro di cui sopra si hanno sussulti tendinei, carpologia, disturbi circolatori e respiratori più accentuati, talora ritmo di Cheyne-Stokes; *miosi* invece di *midriasi*.

La durata del coma veronalico varia da 3 ore a 6 giorni.

Nel corso del veronalismo acuto, sub-acuto e cronico sono stati descritti *esantemi* (eritemi polimorfi, pruriginosi, a tipo morbilliforme, scarlattiniforme, bollosi); *disturbi urinari* variabili (oliguria, poliuria, glicosuria, albuminuria, ematoporfirinuria); *disartria* speciale pareto-spastica con increspamento della commissura delle labbra; *disturbi oculari* (nistagmo, diplopie, midriasi, miosi).

La diagnosi differenziale presenta talora difficoltà con la encefalite epidemica, specie quando compare nella fase di risoluzione oftalmoplegia esterna.

Per la prognosi sono da tener presenti come segni di gravità: la profondità del coma, le complicazioni bronco-polmonari e cardiovascolari; l'ematoporfirinuria e la nefrite emorragica acuta.

Per la terapia: lavanda dello stomaco, salasso abbondante, iniezioni di stricnina, caffeina e canfora.

A scopo profilattico prescrivere veronal sodico che è più solubile e meglio tollerato. Quando si deve prescrivere veronal puro, si unisce a fenacetina e fosfato di codeina che ne attenuano gli effetti tossici.

Per evitare auto-avvelenamenti nei psicopatici, ai quali si prescrive a lungo il veronal, si incorpora in ogni dose una certa quantità di ipecacuana in modo da provocare vomito, ed emissione quindi di veronal, quando si ingerisce in una sola volta quantità superiore alla dose terapeutica prescritta.

O. PELLEGRINI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sui rapporti tra le idiosincrasie umane e l'anafilassi sperimentale degli animali.

(B. BUSSON e N. OGATA. *Wiener Klin. Wochenschr.*, n. 34, 1924).

È ancora discusso se esista un rapporto tra le idiosincrasie umane e lo stato di anafilassi provocabile sperimentalmente negli animali. I criteri differenziali generalmente ammessi tra idiosincrasia ed anafilassi erano la trasmissibilità ereditaria e la non assoluta specificità dell'idiosincrasia, l'impossibilità di trasmettere l'idiosincrasia passivamente, la non necessità di un precedente contatto dell'organismo con l'antigene, l'impossibilità di una dissensibilizzazione; mentre l'anafilassi presuppone una precedente sensibilizzazione con l'antigene, non si trasmette ereditariamente, è strettamente specifica, si trasmette passivamente con il sangue e può venire eliminata con metodi di dissensibilizzazione. Oggi però è stata dimostrata la possibilità della trasmissione dell'idiosincrasia col sangue di individui malati agli individui normali, e la possibilità di una dissensibilizzazione; ciò rende verosimile una certa analogia fra fenomeni di anafilassi e fenomeni di idiosincrasia.

Gli autori dopo avere dimostrato la possibilità di determinare la morte per anafilassi in cavie sensibilizzate per via sottocutanea con un estratto di squame di cavallo e reiniettate per via endovenosa, riuscirono a determinare la morte per anafilassi delle cavie sensibilizzate per via sottocutanea facendo loro inalare l'antigene. Erano necessarie a tale fine numerose e prolungate polverizzazioni dell'antigene nell'ambiente dove erano tenute le cavie. Gli autori riuscirono anche a sensibilizzare le cavie per via inalatoria verso le squame di cavallo; non riuscì invece la dissensibilizzazione per via inalatoria. Queste ricerche sono importanti per il riferimento ad una delle più importanti idiosincrasie dell'uomo: l'asma bronchiale. Esse dimostrano che l'antigene che spesso determina nell'uomo tale idiosincrasia riesce a provocare la morte per anafi-

lassi somministrato per via inalatoria alle cavie precedentemente sensibilizzate.

Dimostrano inoltre che è possibile la sensibilizzazione per via respiratoria in seguito ad inalazione dell'antigene; ciò può avere importanza per spiegare il meccanismo della sensibilizzazione di alcuni individui a quelli antigeni, alla cui inalazione essi reagiscono poi con accessi asmatici.

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Cura della taenia. — All'abb. n. 4317 (1):

Se la cura fatta con l'estratto etereo di felce maschio non ha dato nessun risultato, malgrado le ripetute somministrazioni e le dosi diverse usate, ciò può dipendere dalla qualità del farmaco usato.

Generalmente tale rimedio corrisponde bene ove la cura venga fatta in regola e il felce maschio sia di recente estratto.

In ogni modo ella può usare l'olio di ricino con l'aggiunta di cloroformio (olio di ricino puro gr. 30, cloroformio per anestesia cmc. quattro; unisci, somministra a digiuno in veicolo *freddo* (acqua, caffè, latte, ecc.).

È assolutamente indispensabile che l'olio di ricino sia puro, come puro deve essere il cloroformio. Solo in questo caso l'azione anestetizzante del cloroformio sul verme agisce contemporaneamente all'agente espulsivo (olio di ricino) ed il resultato è sicuro.

Non occorre in genere periodo preparatorio, basta far praticare la sera innanzi un enteroclisma di acqua calda per liberare dagli ostacoli le vie ultime del tubo digerente.

L'olio di ricino, mescolato al cloroformio, che si prenderà al mattino seguente a digiuno, non sarà nemmeno disgustoso, assumendo sapore dolciastro, aromatico.

Il rimedio non dà disturbi di sorta. tutt'al più una lieve e passeggera sonnolenza. La dose prescritta è per adulto.

GIULIO ALESSANDRINI.

All'abb. n. 3565, Bari:

Lo sfigmomanometro più raccomandabile è quello di Riva-Rocci. Ne esistono modelli moderni, eleganti e *trasportabili.* Ogni casa fabbricante di apparecchi medici ha il suo tipo. Le cifre fornite dal Riva-Rocci sono quelle più universalmente adottate e quindi meglio comprensibili.

Uno sfigmomanometro un poco più grande, anch'esso trasportabilissimo, è l'oscillometro di Pachon, fabbricato a Parigi dalla casa Boulitte.

Sni.

Al dott. F. G., abb. 10476:

1) Nel recente manuale di B. MASCI: *Tecnica terapeutica ragionata medica e chirurgica* (L. Pozzi, ed. Roma), troverà sufficientemente sviluppata la parte riguardante il massaggio e la terapia fisica.

Per altre indicazioni bibliografiche, rimandiamo a risposte già date (cfr. negli indici, alla voce « Bibliografia »).

2) Per gli esami di medico di bordo, consulti: R. RIBOLLA: *Il medico a bordo e nei paesi tropicapi* (U. Hoepli, ed., Milano), compilato secondo i programmi degli esami. Maggiori nozioni sulle malattie tropicali troverà nel *Trattato delle malattie infettive* di LUSTIG (F. Vallardi, Milano), in cui vi sono anche cenni di tecnica batteriologica. Per la tecnica delle ricerche di igiene, si può ricorrere ai consueti trattati. Sulla igiene navale è in corso di ristampa il noto manuale del BELLI (F. Vallardi, Milano).

Negli indici delle ultime due annate, alla voce « Medici di bordo », troverà varî riferimenti, i quali consentono di trarre altre notizie, senza obbligarci a ripeterle.

3) La secrezione uretrale consecutiva ad eccitamenti sessuali (*urethrorrea ex libidine*) è dovuta alle secrezioni delle ghiandole del Littré e non contiene spermatozoi.

fil.

Al dott. L. D. A. — Abb. 8663:

Tutti i giornali medici, non escluso il nostro, fanno una parte più o meno larga ai riassunti. Non esiste però nè in italiano, nè in francese una rivista che si occupi esclusivamente di riassunti, nè tanto meno di riassunti di fisioterapia. Ai suoi scopi risponderebbe il *Kongress Centralblatt f. gesamte Medizin*, Springer ed., Berlino. Un elenco di tutte le pubblicazioni mediche si trova in *Quarterly cumulative index to current medical literature*, pubblicato dalla American Medical Association, North Dearborn Str. 535, Chicago. Prezzo per anno dollari 6.75 (per l'estero). Estratti e riviste si trovano in *Medical Science Oxford University Presse*, 30 scellini all'anno.

fil.

Al dott. A. A. — Abb. 345:

Giornali francesi e tedeschi per il medico pratico: *Journal des praticiens*, 8, Square du Croisic (Bd. Montparnasse), Paris. Frs. 40. — *Le Scalpel*, 47, rue Dautzenberg, Bruxelles. Frs. 20. — Fra i tedeschi, sono consigliabili: *Deutsche medizinische Wochenschrift*, Postscheckkonto, Leipzig, 3232. Per ogni trimestre marchi-oro 6, più altri 2 per il porto. — *Wiener klinische Wochenschrift*,

J. Springer, Wien VI, Amerlingstrasse, 17. Dollari 1 per ogni trimestre.

Riviste sulla tubercolosi. Tubercolosi, Roma, via Ludovisi, 16. L. 30. — *Revue de la tuberculose*, Masson et C.ie, 120, Bd. Saint-Germain, Paris. Frs. 50. — *Zeitschrift für Tuberkulose*, A. Barth, Leipzig. Prezzo variabile secondo i paesi. — *American Review of Tubercolosis*, 4 dollari per ogni volume (due all'anno), oltre a 50 cents per la spedizione. Il pagamento si fa a Henry B. Platt, Treasurer of National Tubercolosis Association, 370, Seventh Avenue, New York City, U. S. A.

fil.

Al dott. A. M. da C. — Abb. 4783:

Consulti: L. LIGORIO: *Manuale di tecnica ospedaliera*. Unione tipografico-editrice, Torino. Anche nei trattati di igiene generale vi sono indicazioni sulla costruzione di ospedali. Circa le costruzioni di ospedali nuovi in città italiane, non posso darle indicazioni, ma è poco probabile che in questi tempi di caro-costruzioni ne siano stati eretti dei nuovi. Qualche notizia potrà averla scorrendo le annate della *Ingegneria sanitaria* (che ora non si pubblica più) e dell'Ospedale maggiore (Milano). La tendenza moderna, anche all'estero è di fare le cose con una certa economia, evitando le spese che possono essere considerate come di lusso e che sopratutto importano un grave onere per l'esercizio. *fil.*

VARIA.

L'eccitante luminoso.

(L. BINET. *La Presse médic.*, 1924, n. 93)

Non v'ha bisogno di ricordare le reazioni vitali della combustione nell'animale, dell'anticombustione, cioè della trasformazione dei gas in idrati di carbonio, delle piante. Più che di una azione vitale della pianta, si tratta di una proprietà della luce, fisico-chimica. Ma al di fuori del potere sintetico nelle piante della luce, l'azione di questa è multipla e particolarmente energica sul regno animale. La luce è l'eccitante specifico dell'occhio, e, quando l'eccitazione luminosa sulla retina è intensa, a carico degli altri organi si ha starnuto, sordità passeggera. Per quanto riguarda la motilità, Biancani ha dimostrato la sensibilità ciliare degli infusori, alla luce. L'iride dell'occhio enucleato di anguilla, di rana, di uccelli, specie notturni, di alcuni mammiferi, resta contrattile alla luce, per parecchio tempo: è questa una prova dell'azione diretta della luce sul tessuto muscolare. D'Arsonval ha dimostrato al miofono le oscillazioni del suono indicativo, ad ogni eccitazione luminosa del muscolo in esame. L'eccitante luminoso si comporta come l'eccitante elettrico, poichè la luce, come l'elettricità non agisce che per la bruschezza delle sue variazioni di intensità, non per il valore assoluto di questa intensità.

La luce agendo sulla pelle, genera quella pigmentazione considerata come reazione di difesa (Finsen): secondo Carnot, la sua intensità rappresenta un prezioso indicatore dell'intensità dei processi difensivi. È già stata anche dimostrata la benefica azione della luce sulle ferite: il suo meccanismo è però mal conosciuto.

Per studiare l'azione del sole sugli scambi nutritivi, Vallot ha proposto di determinare l'attività di riduzione dei tessuti animali all'azione della luce e dell'oscurità. Uguali restando le temperature, Vallot insiste sulla rapidità di riduzione nettamente maggiore al sole che non all'oscurità. Quest'azione della luce è particolarmente importante nella fissazione dei sali di calcio nell'organismo. Le esperienze della scuola anglo americana sono state ripetute e confermate nella maggior parte dei laboratori: i raggi solari, e meglio ancora, i raggi ultra violetti, proteggono contro il rachitismo gli animali sottoposti al regime rachitigeno: l'eccitante luminoso ha dunque il potere di far fissare il calcio. Il trattamento del rachitismo umano con la luce sembra essere il mezzo più potente e rapido fin'ora adoperato.

Esperienze recenti mostrano inoltre che la luce non può, per ciò che riguarda l'accrescimento dell'organismo, compensare l'assenza del fattore liposolubile di accrescimento. Essa esercita una netta azione allorchè tale fattore è presente in quantità insufficiente per assicurare la normale crescenza.

Come dunque i fisici hanno descritto l'anatomia della luce, si può oggi parlare della sua fisiologia, feconda di applicazioni mediche.

MONTELEONE.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Aspetti eugenici ed economici della limitazione della prole.

« Quantunque l'eugenica non possa ridursi ad una limitazione delle nascite, tuttavia è sostanzialmente vero che senza limitazione delle nascite, l'eugenica — nelle condizioni del mondo moderno — non può sussistere. L'eugenica senza la limitazione delle nascite, è semplicemente un castello in aria; una bella visione fra le nubi certamente, ma non trasportabile sulla terra. La limitazione delle nascite è l'unico strumento concesso agli uomini civili, per trarre, dalle infinite possibilità della procreazione brutale, la grande razza dell'avvenire ».

Così Havelock Ellis, il fervente apostolo dell'eugenica nel mondo anglo-sassone.

Là dunque, dove l'eccesso di popolazione non può destare nel momento attuale alcuna preoccupazione, si sente il bisogno di esortare gli uomini a limitare la prole nel superiore, prevalente interesse della razza.

In Italia dove alle forse ancora più impellenti ragioni di eugenica, si aggiungono necessità economico-sociali, voci come quelle di Havelock Ellis dovrebbero essere ascoltate in ogni città, in ogni casolare.

In Italia, sia detto ad onore dei sentimenti di pietà dei suoi abitanti, molte sono le opere di assistenza per i bambini; la mortalità infantile anche per questo è diminuita. Si allevano così esseri fisicamente o psichicamente incapaci, esseri di dolore e di miseria, che per tutta la vita sono un peso più o meno grave per la collettività.

Nessuna istituzione è ancora sorta che faccia in modo che questi esseri non nascano.

Meglio sarebbe per l'individuo non nascere anzi che vivere nel dolore e nella miseria: meglio per la società se tra le sue file non vi sono individui incapaci, individui che impacciano o rendono più gravi e più tristi le fatiche dei validi.

In Italia è sorto un movimento per il certificato prematrimoniale; un movimento certamente serio, al quale è da augurarsi arrida completo successo. Non è dubbio che una tale istituzione avrà notevoli conseguenze benefiche, almeno perchè porterà a conoscenza di tutti una quistione, quella della trasmissibilità e della ereditarietà delle malattie e delle costituzioni morbose, quistione ignorata da molti, o alla quale dalla maggioranza degli uomini non si dà adeguato peso.

L'avvento del certificato prematrimoniale è da auspicare anche perchè avrà corollarî di eugenica, forse più effettivi.

Dopo che, o meglio insieme, ai danni derivanti ai coniugi o alla prole da matrimoni con persone malate o degenerate, occorre far presente al popolo la necessità di limitare la prole, ed insegnare, ove occorra, come ciò possa ottenersi.

Sarà questa una propaganda più efficace perchè oltre ai più nobili sentimenti di responsabilità e di solidarietà umana, farà appello anche ad interessi egoistici.

Superati i pregiudizi religiosi e morali sarà facile persuadere tutti del vantaggio di non avere molti figli.

Per altro la religione pare abbia in pratica rinunziato al criterio di peccabilità delle pratiche anticoncezioniste. E ciò in conformità del principio sancito dall'esperienza storica che le religioni più che imporre una propria morale, seguono la morale sancita dalle abitudini e dalle necessità di un dato momento storico. Malgrado l'apparente irriducibile conservatorismo della chiesa cattolica, la sua morale ha assunto varî aspetti: l'etica dei primi secoli del cristianesimo era differente da quella del medio evo e questa era diversa dall'attuale.

Nè invero oggi si può opporre un sano e ragionevole criterio morale alla limitazione della prole.

Quale atto di moralità superiore a quello di non mettere al mondo ammalati, degenerati, esseri miseri, ai quali non si è in grado di dare adeguata educazione e sufficiente sostentamento?

L'opinione politica dominante, almeno nelle alte sfere, è che l'eccesso di natività sia giovevole alla nazione.

Dai nostri uomini di governo è stata sempre lodata la prolificità della nostra gente, che accresceva sempre più il numero dei lavoratori e dei soldati.

Ho già accennato come una tale concezione politica sia discutibile, ma non è superfluo l'insistere.

Pare perfino incredibile che un tale indirizzo sia seguito dal governo italiano, che sa le angustie del nostro bilancio economico, angustie derivanti esclusivamente dal bisogno di comprare fuori d'Italia i mezzi di sussistenza e di lavoro, per una popolazione già esuberante.

Se avesse meno bocche l'Italia potrebbe impor-

tare di meno ed esportare di più. Potrebbe magari esportare uva e vino, il cui consumo interno non si è mai riusciti a limitare per la tendenza demagogica di tutti i governi, nessuno escluso.

D'altra parte la politica dei lavori pubblici in Italia è dominata quasi sempre da preoccupazioni d'ordine pubblico derivanti dal numero di disoccupati in rapporto, è inutile dirlo, all'eccesso di popolazione. Tanto vero che i lavori pubblici sono spesso disposti non per effettivo bisogno e neppure per semplice utilità, ma solo per dare una qualsiasi occupazione ai disoccupati, e là dove le popolazioni sono più irrequiete o prepotenti.

Che l'espansione della nostra gente nel mondo sia una necessità imprescindibile derivante dall'eccesso di natività è ben vero, ma non è altrettanto vero, quantunque sia spesso affermato, che essa conforti il nostro prestigio o rafforzi il nostro credito. La maggior parte dei nostri emigrati è costretta ai lavori più duri ed anche più vili, e coloro che riescono a conquistare posizioni migliori finiscono per essere assorbiti anche spiritualmente dall'elemento indigeno.

E gli obblighi di nazionalizzazione imposti da quasi tutti i paesi d'immigarazione non lasciano alcuna lusinga sul conto che in tutte le evenienze si può fare su i nostri emigrati.

Nè in vero l'eccesso di natività giova all'efficienza dell'esercito come si potrebbe pretendere in base a semplicistici calcoli numerici. I risultati delle leve dimostrano che non ogni nato vivente diventa un soldato; e le constatazioni che si son potute fare durante l'ultima guerra hanno a sufficienza dimostrato che le possibilità di vittoria non stanno esclusivamente nel numero dei soldati.

Una nazione avrà un esercito forte per elemento umano, quando avrà cittadini robusti e coraggiosi. Altrimenti si avrà una moltitudine ingombrante.

E come nel campo militare, così in quello economico e civile l'eccesso di natività sacrifica il valore al numero.

L'umanità in genere, e più specialmente alcune razze e tra queste la italica, produce esseri senza alcun controllo.

Vi sono alcuni animali che uccidono una parte dei neonati, quando il loro numero non è adeguato alle possibilità di allevamento.

L'agricoltore distrugge una parte dei frutti quando l'albero ne è sovraccarico, per ottenere un prodotto migliore quantunque meno abbondante.

L'uomo sembra non abbia per la sua prole preoccupazioni del genere, quantunque la sua intelligenza gli metta a disposizione mezzi che gli evitano di distruggere, mettendolo in condizione di non creare.

È stato obbiettato che la limitazione della prole riduca le probabilità di rivelazione di intelletti superiori e di genî. Tale presunzione non è campata su alcun elemento di fatto; potrebbe anzi essere in contrasto con la esperienza storica. Occorrerebbe dimostrare che i genî siano scintille sfavillanti in popoli densi.

Sarebbe interessante sapere se lo sfolgorio del Rinascimento abbia coinciso con il massimo di densità demografica della gente italiana.

Comunque è certo che l'eccesso di natività aumenta progressivamente il numero degli incapaci e dei sofferenti.

L'esaurimento fisico dei genitori, la impossibilità di attendere all'educazione ed al mantenimento di molti figli così come per pochi, l'aumento delle probabilità delle manifestazioni di caratteri patologici quando i figli sono in maggior numero, rendono sempre più scadente la prole numerosa.

È stato rilevato che le pratiche per la limitazione della prole sono ora in uso negli strati della società più evoluti, mentre nei bassi strati sociali, dove le malattie e le degenerazioni sono più frequenti, si continua a proliferare. Si farebbe così una selezione a rovescio.

Il rilievo non è privo di fondamento, almeno nel momento attuale.

Ma è presumibile che il fenomeno della limitazione andrà approfondendosi è diffondendosi sempre più. La limitazione è una delle molle più potenti per la estensione dei costumi.

D'altra parte occorrerà illuminare le menti sui danni ed i pericoli che possono derivare dalla proliferazione senza freno, senza controllo; occorrerà anche insegnare.

Ed in ciò i medici hanno un vasto campo d'azione.

Pangloss.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Per i concorsi universitari.

Il Senato del Regno ha profondamente e brillantemente discusso la riforma Gentile. Della parte universitaria che tocca più da vicino le questioni tecniche mediche ci occuperemo forse partitamente. Per ora segnaliamo a proposito dei Concorsi alcune conclusioni su cui tutti concordano:

1° la cattiva prova fatta dalla segnalazione della terna da parte delle Facoltà;

2° la preferibilità del vecchio sistema dei concorsi nazionali più o meno ritoccato nei particolari.

Se si discutessero questi ritocchi forse ricomin-

cerebbero le discrepanze; ma non intendiamo occuparci di proposito nemmeno di esse. Vogliamo invece riportare dal *Messaggero* dell'8 febbraio parte di una lettera del prof. Giovanni Mingazzini, la quale contiene due proposte su cui perfettamente conveniamo.

« In passato, nei concorsi per le cattedre di Scienze sperimentali, quando i membri della Commissione non erano concordi nel giudizio, si usava sottoporre i candidati in discussione ad una prova sperimentale che permetteva di vagliare più esattamente le loro qualità didattiche e la loro cultura. Oggi, invece, nella aggiudicazione delle cattedre per insegnamenti sperimentali e specialmente per quelli clinici, non si tiene alcun conto dello studio dei malati. Domina l'errato e dannoso criterio di far prevalere coloro che pur distinguendosi in qualcuna delle discipline più o meno necessarie per la cultura di un medico, sono poi privi dei requisiti indispensabili per un efficace insegnamento clinico.

« Si è potuto così vedere ascendere alla Cattedra chi sarebbe dovuto restare nel Laboratorio, tutto al più *a latere* del clinico.

« Il danno di questi nuovi metodi di reclutamento di professori universitarii, almeno per ciò che concerne le discipline mediche, è così grande da costituire un serio pericolo per le sorti delle Cliniche. Le tradizioni gloriose dei nostri grandi maestri di medicina — ricordo qui G. Baccelli ed A. Murri — stanno ormai per tramontare. Oggi non è più sull'ammalato che si indaga, non è dalla accurata osservazione dei sintomi che si cerca di salire verso la diagnosi, non è più sul tavolo anatomico che si curva la fronte dei medici; il Laboratorio ha soppiantato completamente la Clinica, quasi questa fosse divenuta un *petit négligeable*.

« Io, quindi, mi auguro che l'onorevole Ministro, e per la dignità della scuola e sopratutto per gli scopi pratici della cultura medica, voglia nei concorsi alle Cattedre delle discipline Cliniche fare obbligo delle prove pratiche sul malato ove manchi l'unanimità di giudizio dei commissari i quali dovrebbero essere cinque e non tre ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AMATRICE (*Aquila*). — Interino per servizio seconda zona Frazioni; L. 1200 mensili; residenza nel centro. Cavalcatura a carico frazionisti. Domanda Sindaco.

AVEZZANO. *Ospedale dei SS. Filippo e Nicola*. — Medico primario e chirurgo primario; vedi fasc. 6. Scad. 28 feb.

BOLZANO (*Trento*). — *Ospedale Generale Pubblico*. — Medico assistente Sezione Chirurgica; stip. L. 3600, oltre alloggio e vitto. Scad. 7 mar.

BRESCIA. *Ospedali Civili*. — Primario anatomopatologo; stip. L. 12,000 iniziali; 4 quinquenni decimo; L. 6000 indenn. carica; partecipaz. proventi laboratorii di chimica clinica e microscopia. Tassa conc. L. 50. Età lim. 45. Biennio di direzione di istituto anatomo-patologico universitario (*sic*). Biennio di prova; conferme quinquennali fino a 65 anni.

BRESCIA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanit. e direttore dei servizi sanitari del Capoluogo; L. 17.500 oltre L. 4000 indenn. servizio e L. 1200 c.-v. se coniugato, L. 780 se celibe; un quadriennio di L. 1700 e uno di L. 2000; divieto dell'eserc. profession. Ab. 100.168. Titoli ed esami. Docum. all'Ufficio del Medico Provinc. non più tardi del 31 marzo. Età lim. 45 a. Chiedere annunzio.

CESA (*Caserta*). — A ore 12 del 10 mar., cond.; L. 7000 e 5 quadr. decimo; età lim. 40 a. Chiedere annunzio.

CASTIGLIONE DEL LAGO. *Ospedale Civile di S. Agostino*. — Chirurgo direttore, proroga a tutto il 23 febbraio.

CHIUSA PESIO (*Cuneo*). — Scad. 28 feb., per S. Bartolomeo; L. 9000 e 4 quinq. decimo, oltre L. 200 arm. farm. Tassa L. 50.

Accettasi interino per la stessa condotta.

COTTANELLO (*Roma*). — Al 31 marzo, cond.; L. 10.600 fra stipendio ed indennità comprensiva; L. 50,15 tassa, al Sindaco.

GRISIGNANA (*Istria*). — Scad. 28 feb.; stip. lire 7500; indenn. trasp. L. 4000; 4 quadrienni di lire 600. Chiedere avviso.

KAMMA (*Pantelleria - Trapani*). — Per titoli e per gener. abitanti. Richiedensi almeno dieci anni esercizio ininterrotto. Stip. L. 12,000 annue, aum. dopo biennio prova, oltre ass. Munic., serv. pov. e necrosc. Scad. 9 marzo. Preferiti concorr. con titoli ostetr. Limite età 45 a., assunz. serv. 1° maggio. Docum. accomp. vaglia L. 15; schiarimenti, ecc. al cav. uff. Andrea Ferrandes, Kamma.

IMPERIA. Scad. 28 feb. Condotta di zona urbana, con obbl. di resid. nella fraz. di Oneglia; L. 5000 (*sic*) e 7 quadrienni decimo.

LABRO (*Roma*). — Scad. 28 feb.; con Morro; L. 6000 oltre L. 1000 disag. resid., L. 3000 cav., L. 500 uff. san., doppio c.-v.

LODI. *Consiglio degli Ospedali*. — Medico radiologo; vedi fascic. 7. Scad. ore 16 del 28 feb.

MONTEFIASCONE (*Roma*). — Scad. 28 feb. L. 7000 per 1500 pov., addizion. L. 1.50; cinque quadrienni decimo; obbl. cav. per la quale verrà fissata l'indennità. Tassa conc. L. 50,10.

RAVENNA. — Primario radiologo del Comune, direttore dei Gabinetti di radiologia ed elettroterapia dell'Ospedale Civile; vedi fasc. 7. Scad. 28 feb.

ROMA. — È vacante un posto di assistente presso l'Istituto di Anatomia Umana Normale della R. Università. Inviare subito domanda e certificati di studio al Direttore prof. Riccardo Versari, Roma, Via De Pretis, 92.

SUPINO (*Roma*). — 2ª cond.; a tutto il 15 mar.; L. 7500 e c.-v.; età lim. 40 a. Tassa L. 50.10 al tesoriere com. Docum. a 3 mesi. Dalla Congregaz. di Carità assegno di L. 4000 a L. 6000, da ripartirsi in ugual misura tra i due condottati.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Avendo il prof. Mario Bertolotti di Torino rinunziato alla cattedra di radiologia e elettroterapia presso l'Università di Roma, alla quale era stato chiamato in esito a concorso, è nominato il prof. Aristide Busi di Bologna, secondo classificato. Di questo valoroso radiologo daremo prossimamente un profilo.

Il prof. Aldo Castellani è stato invitato ad occupare la cattedra di medicina tropicale nell'Università di New Orléans (Stati Uniti) e ad assumere la direzione della Scuola di medicina tropicale della città stessa.

Al dott. Alfonso Campagna di Maddaloni (Caserta), già capitano medico di complemento, è stata concessa la croce al merito di guerra.

NOTIZIE DIVERSE.

La Conferenza sull'oppio.

La seconda Conferenza sull'oppio, adunatasi a Ginevra, ha terminato i suoi lavori redigendo uno schema di protocollo per raccomandare la istituzione di un controllo sulla produzione, la distribuzione e la esportazione dell'oppio.

Il delegato finlandese ha proposto che la Conferenza, considerato che lo sviluppo della coltivazione del papavero in Asia è favorito dalla situazione politica, che ha per conseguenza la illecita importazione di armi dall'estero, ritenga necessario di raccomandare al Consiglio della Lega delle Nazioni di portare la questione della illecita importazione di armi dall'Estremo Oriente davanti alla prossima Conferenza. È stato deciso che tale risoluzione sarà discussa dopo che la convenzione sull'oppio sarà stata approvata.

L'Università Popolare Romana.

L'8 corr., nell'aula magna del Collegio Romano, venne celebrato con grande solennità il 25° anniversario di fondazione dell'Università Popolare Romana.

Il prof. Vincenzo Guidiceandrea, che n'è stato l'anima ed il promotore, riassunse l'attività esplicata dall'istituzione nel corso del venticinquennio e rievocò gli uomini di valore che le dettero il nome e l'opera, da Ruggero Bonghi a Luigi Luzzatti, da Vittorio Ascoli a Vincenzo Scialoia.

Il sen. Sanarelli, nuovo presidente, tenne un discorso elevato e smagliante sulla funzione dell'Università Popolare. Egli lumeggiò una serie di nitidi concetti; sostenne che l'avvento delle democrazie ha reso necessaria l'elevazione del popolo e che il mezzo più efficace per conseguirla è dato dalla coltura, la quale dev'essere ad un tempo estetica, scientifica, morale e patriottica; che alimentare l'amore per la patria è un dovere imprescindibile, mentre durano gli antagonismi nazionali; ma va inteso come un sentimento generoso di disciplina e di sacrificio. L'Università Popolare può rispondere a queste molteplici finalità: per raggiungerle non dev'essere avvinta a credenze politiche o religiose o filosofiche; deve costituire un terreno neutro, su cui le classi colte s'incontrano col popolo, nell'interesse reciproco e della collettività.

All'Istituto d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale.

Il ministro dell'Economia nazionale, on. Nava, ha solennemente insediato, nella gran sala della Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali, il rinnovato Consiglio di amministrazione dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale.

Erano presenti quasi tutti i consiglieri.

L'on. Indri, presidente della Cassa Nazionale, dette il benvenuto; il direttore prof. Levi tracciò poi il programma etico e pratico dell'Istituto.

Il ministro on. Nava disse:

« E' altamente significativo vedere riuniti in questo Consiglio, insieme ad illustri scienziati, i rappresentanti dei datori di lavoro e dei lavoratori, insieme a quelli dei massimi enti federali, commerciali ed industriali, degli Istituti di previdenza ed assicurativi, statali, para-statali e liberi, nonchè quelli dei ministeri competenti.

« Questa coincidenza di buone volontà e questa concomitanza di energie, al di sopra di ogni distinzione di classe, di partito o di fede per un fine tanto nobile ed insieme pratico, costituiscono la migliore conquista di cui possa vantarsi chi questo Istituto ha creato ».

Dopo avere esposto l'attività esplicata dall'Istituto, sollecitò i rappresentanti degli Enti federati a leggere la relazione con cui il prof. Levi rende conto di un quadriennio di lavoro e aggiunse:

« Leggendo questa relazione e visitando l'Istituto, ognuno potrà convincersi di quali energie potenziali esso sia ricco; queste energie voi dovreste alimentare e dirigere al nobile scopo di alta solidarietà sociale per cui l'Istituto fu fondato. La vostra fede ed il vostro entusiasmo sono arra di sicuro successo ».

Prese di nuovo la parola il prof. Levi, per riferire sulla gestione e sulla attività svolte nell'ultimo esercizio.

Il Consiglio ha poi proceduto all'elezione dello Ufficio di presidenza, acclamando a presidente S. E. Luigi Luzzatti, a vice-presidenti il gr. uff. Allievi ed il comm. Cesaris. La Giunta esecutiva è rimasta così composta: prof. Medolaghi, senatori Sanarelli e Marchiafava, comm. Marolla, comm. Massone, comm. Pezzoli, on. D'Aragona e dott. Giannitelli.

Alla fine della seduta il vice-presidente in carica gr. uff. ing. Lorenzo Allievi, propose un voto di plauso al fondatore dell'Istituto. Alle lusinghiere espressioni del vice-presidente si associarono unanimi i consiglieri.

Risultanze ed esperienze dell'assicurazione-infortuni.

Per tutti gli studiosi di Assicurazioni Sociali ha grande interesse il fascicolo di febbraio, uscito in questi giorni, della « Rassegna della Previdenza Sociale », nel quale sono trattate a fondo due questioni che possono dirsi di attualità, perchè connesse con il problema della riforma delle leggi di assicurazione degli infortuni sul lavoro, problema che da vari anni è oggetto di serie discussioni.

Ambedue le questioni si riferiscono al costo dell'assicurazione nella gestione della Cassa Nazionale Infortuni di fronte alla mutualità nell'assicurazione infortuni agricoli, e di fronte all'ordinamento di Istituzioni regionali secondo la legge dell'ex-Impero Austriaco, tuttora vigente nelle Nuove Provincie, per gli infortuni industriali.

Sulla prima questione, in un primo articolo con riferimento alla discussione avvenuta in Senato nella seconda quindicina di dicembre scorso, che è integralmente riportata, è dimostrato con cifre ufficiali che nella gestione della Cassa Nazionale Infortuni il costo dell'assicurazione non è superiore ed anzi in molti casi è inferiore, specie per quanto riguarda le spese, a quello che si verifica nella gestione degli altri Istituti.

E sulla seconda questione, parimenti con cifre ufficiali, Mario Isacchi dimostra che le risultanze di esercizio della Cassa Nazionale Infortuni poste a confronto con quelle degli altri Istituti assicuratori delle vecchie provincie e con quelle dell'Istituto locale infortuni di Trieste affermano la bontà, l'economia e la praticità dell'ordinamento dei servizi medici e amministrativi del nostro massimo Istituto assicuratore.

Scuole di perfezionamento per specialisti.

Sono istituite nella Università di Padova, a norma del R. D. 31 dic. 1923, n. 2909, art. 4, per le seguenti materie: chirurgia; ostetricia e ginecologia; psichiatria; medicina dell'apparato respiratorio; igiene pubblica; infortunistica. La durata dei corsi è di un anno per l'infortunistica; di due per l'ostetricia, la psichiatria, le malattie dell'apparato respiratorio e l'igiene pubblica; di quattro per l'ostetricia e la ginecologia (globalmente); di cinque per la chirurgia. È obbligatoria la laurea in medicina.

L'esame di diploma consisterà in una dissertazione a stampa su un argomento della specialità a scelta del candidato.

Tasse e sopratasse come per la Facoltà di medicina; contributi per le esercitazioni pratiche e per le altre prestazioni: L. 500 per la scuola d'infortunistica, L. 1000 per le altre scuole. I corsi avranno principio il 1° marzo. Chiedere l'annunzio. Domande al Rettore.

Corso di perfezionamento in Clinica dermosifilopatica.

Dal 26 febbraio al 10 aprile 1925, sotto la direzione del prof. Rodolfo Stanziale, avrà luogo presso la Clinica dermosifilopatica della R. Università di Napoli un corso di perfezionamento in Clinica dermosifilopatica per laureati in Medicina e Chirurgia. Saranno impartite lezioni cliniche ed eseguite esercitazioni cliniche, di laboratorio e di terapia attinenti alla specialità.

Il numero degli iscritti è limitato. Alla fine del corso, e dopo aver superato la prova di esame, sarà rilasciato un diploma legalizzato dal Rettore. Quota di iscrizione da versare all'Economo della R. Università: L. 250.50; per tassa di esami e diploma, L. 50.10.

Le domande d'iscrizione (in carta da bollo da 2 lire, accompagnate dalla quietanza del versamento), debbono essere indirizzate al Rettore.

Le iscrizioni si ricevono fino al 3 marzo p. v.

Corsi per infermiere professioniste della Croce Rossa Italiana.

La Croce Rossa Italiana ha tuttora aperte le iscrizioni per la Scuola Convitto Infermiere che ha sede in Roma, via Catania 19 (presso il Policlinico).

I corsi teorico-pratici si svolgono nelle principali cliniche delle Facoltà Mediche universitarie e l'insegnamento è impartito da eminenti sanitari.

Sono ammesse a frequentare i corsi le giovani dai 18 ai 25 anni che abbiano titoli di studi equiparati alle Scuole medie, sana costituzione fisica, serietà di proposito, oltre l'attitudine necessaria per dedicarsi all'altissima missione d'infermiera.

L'ambiente della Scuola Convitto e la direzione tecnica sono tali da assicurare l'avvenire professionale.

Espletato il corso biennale generico le allieve possono essere ammesse a frequentare un terzo corso per conseguire un diploma superiore e di specializzazione, compreso quello di assistente sanitaria a domicilio.

Alle giovani di sani principî in procinto di eleggere una carriera, non possono sfuggire i privilegi morali e la convenienza di una professione, che conta in Italia le sue prime reclute e che risponde alla vera inclinazione dello spirito femminile.

Maggiori schiarimenti possono richiedersi ai relativi Comitati di Circoscrizione della C. R. I. o meglio al Comitato Centrale - Ufficio Infermiere - via Toscana 12, Roma.

Clinica pediatrica e Aiuto materno a Torino.

Verrà prossimamente avviata, a Torino, la costruzione della Clinica Pediatrica nei terreni finitimi all'Ospedaletto Infantile Regina Margherita, a tale scopo già acquistati.

Il progetto-disegno della nuova Clinica include dei locali adibiti all'Aiuto Materno, che potrà allora assumere nuovo incremento e svolgere tutta la sua benefica attività.

Il prof. Allaria ne ha dato l'annunzio a un'assemblea dell'Aiuto Materno. In seguito a che il presidente dell'istituzione ha nominato le signore Wild e Mazza-Cerruti, perchè se ne facessero propagandiste tra il sesso gentile.

Gli studenti universitari al prof. Ascoli.

Il clinico della Università di Roma, prof. Vittorio Ascoli, ha ricevuto due riconoscimenti dell'opera sua di scienziato e di insegnante. È stato nominato ad unanimità Membro della Società di Medicina interna di Vienna, per i suoi studi, ed è stato insignito, dal Re, del titolo di Grande Ufficiale dell'Ordine Mauriziano, per l'opera svolta nell'installare, organizzare e dirigere i modernissimi laboratorî scientifici istituiti in Roma dal Ministero della Guerra per ricerche e studi nel campo dell'educazione fisica.

Gli studenti, sempre primi ad afferrare il significato dei valori morali, hanno fatto entusiastiche dimostrazioni di stima al loro professore, che vive con essi, più che come maestro dell'arte medica, come padre affettuoso, e gli hanno offerto, con commoventi e semplici parole, le insegne dell'alta onorificenza decretatagli dal Sovrano.

Nella stampa medica.

Col 1925 il periodico mensile *Il Lavoro*, giornale di Medicina del Lavoro, ha assunto il titolo di *La Medicina del Lavoro* ed ha aumentato da 32 a 40 il numero delle pagine.

La Medicina del Lavoro, continuando le tradizioni del vecchio *Lavoro* fondato a Pavia nel 1901, si propone la pubblicazione di lavori originali, di riviste sintetiche, di recensioni, di notizie nel vasto ramo della fisiologia, clinica, igiene, previdenza ed assistenza sociale del lavoro.

Augurî.

Importanti riforme al Codice Penale in Danimarca.

Il Governo di Danimarca ha presentato un progetto di legge per la riforma del Codice penale che abolisce la pena di morte, riduce le sanzioni per i reati contro lo Stato e aumenta le pene per i reati contro le donne, i bambini e gli animali. Anche le frodi, le speculazioni illecite e l'ubbriachezza sono soggetti a maggiore severità.

L'infedeltà e i vizi sessuali non sono più inclusi nell'elenco dei reati penali e nemmeno gli effetti letali delle operazioni chirurgiche.

In speciali circostanze viene esentata da processo penale la persona che uccide un sofferente di malattia incurabile o dietro richiesta di quest'ultimo o che l'ha aiutato a suicidarsi.

Quest'ultima disposizione richiama alla memoria una recente clamorosa assoluzione avvenuta in un processo parigino.

Il 15 dicembre 1924 moriva a Nikolassee FEDERICO TRENDELENBURG a 81 anni per un epitelioma del mascellare. Era stato allievo di Langenbeck ed aveva insegnato chirurgia a Rostock e a Bonn prima, e in ultimo a Lipsia fino al 1911, anno nel quale si ritirò dall'insegnamento. Dello spirito e dell'opera di Langenbeck fu considerato il continuatore e certo con la sua morte lascia per l'opera propria notevolmente arricchito e ampliato questo patrimonio spirituale.

Per dirla con le sue stesse parole la sua giovinezza aveva coinciso con quella della moderna chirurgia e infatti la sua attività si svolse nel periodo nel quale con l'introduzione dell'antisepsi si aprivano nuovi campi ai chirurgi. Il suo nome sarà ricordato sopratutto per la posizione da lui ideata per le operazioni sull'addome inferiore e sul bacino, per gli studi sulla circolazione negli arti con varici e sulla lussazione congenita dell'anca. Era già in età avanzata, quando nel 1908 ideò l'operazione per l'estrazione di emboli dall'arteria polmonare. Intervento arditissimo, forse il più audace che ci sia nella nostra arte, che egli ha potuto vedere coronato una volta da successo nel caso riferito da Kirchner nel 1924.

Ebbe una vera personalità e fu certamente un uomo dei più rappresentativi del periodo più fiorente della chirurgia tedesca.

R. ALESSANDRI.

Si è spento sir JAMES MACKENZIE, il fondatore della odierna cardiologia, uno dei più illustri medici e pensatori dei nostri tempi. Ne daremo prossimamente una breve biografia.

Ci giunge da Trieste notizia della morte improvvisa del prof. GIORGIO NICOLICH, il nestore degli urologi italiani. Ci riserviamo di darne una necrologia nel prossimo numero; esprimiamo intanto le nostre sentite condoglianze alla famiglia.

È morto improvvisamente a Cauderan (Bordeaux) il prof. LÉO TESTUT, il noto anatomico francese, autore del diffusissimo « Trattato di anatomia umana ».

CRONACA EPIDEMIOLOGICA.

La situazione mondiale delle malattie infettive.

(*Dal Rapporto epidemiologico della Società delle Nazioni*).

Peste. — Particolarmente grave nel focolaio delle Indie, dove si ebbero in maggio circa 15,000 morti e quasi 9,000 nel periodo dal 12 ottobre al 15 novembre. L'epidemia di Los Angeles (California) sembra esaurita. In Europa, sono stati segnalati casi in Grecia ed in Russia. Fra i paesi con casi di peste, più vicini a noi, è da segnalare l'Egitto (10 casi con 10 morti).

Colera. — Anche per questo, il focolaio delle Indie dà sempre il maggior numero di casi. Il 1924 è stato più grave che gli anni precedenti; quasi 30,000 morti nel maggio; 2,417 nel periodo dal 21 ottobre al 17 novembre.

Tifo esantematico e febbre ricorrente. — Prati-

camente indenne è l'Europa orientale; 162 casi in Polonia (novembre), 1,287 in Russia (settembre). Grave epidemia di febbre ricorrente in Nigeria (439 decessi in 4 mesi).

Vaiuolo. — Nuova recrudescenza in Inghilterra, in continuo aumento agli Stati Uniti (2,107 casi in novembre), dove si ha mortalità elevata (15-16 %). Scoppio epidemico a Giava (circa 1,000 casi al mese).

Febbre tifoide. — Più diffusa che negli anni precedenti. Nell'ottobre vi furono 1,883 casi in Bulgaria, 1,368 in Jugoslavia, circa 3,000 in Polonia, 9,382 in Russia (settembre). L'epidemia è grave al Giappone dove dà circa 12,000 morti all'anno.

Dissenteria. — Intensa in Russia ed in Polonia, nonchè al Giappone (oltre 4,000 casi ed oltre 1,500 decessi al mese).

Encefalite letargica. — Relativamente elevata in Inghilterra (173 casi in dicembre) e nella regione di Ciuvash (Russia).

Poliomielite. — Diversi casi in Danimarca ed agli Stati Uniti (309 in novembre).

Scarlattina. — Un po' più frequente che nel 1923 nell'Europa orientale, settentrionale e centrale; abbastanza diffusa in Russia, dove è accompagnata da un'epidemia di morbillo.

Difterite. — Più frequente che nel 1923 in Inghilterra, Paesi bassi e Germania.

LA RUBRICA DELL'AMMINISTRAZIONE.

Ci sia consentito di riportare alcuni altri giudizi ed apprezzamenti di abbonati. Ci limiteremo a pochissimi, perchè lo spazio è troppo conteso dalle rubriche redazionali e perchè non vorremmo abusare della condiscendenza dei nostri lettori.

Il dott. Arturo Antognoli di Montebaroccio (Pesaro), scrive:

« *Il Policlinico*, viene a noi come segnacolo e come incitamento incomparabile allo *studio* e al *sapere!*

Come ricambieremo i vantaggi, gli aiuti, la colleganza, la sapiente voce che a noi esso porta?

Possiamo far proponimento e promettere che raccoglieremo quelle voci, le rifletteremo, ed apriremo la mercè di esse gli occhi alla luce del sapere, di quel sapere da noi amato e venerato.

E possa questo fermo proponimento dell'animo nostro, sostenere nella diuturna fatica gl'instancabili collaboratori e compilatori della *Sezione Pratica* del *Policlinico*, che, anche oggi come sempre, si mantiene al primo posto nella letteratura medica ».

Il dott. Guido Treves, di Pralungo (Novara):

« Il *Policlinico* rappresenta per me il più caro amico e compagno in questa carriera difficile e poco soddisfacente del medico condotto »

Il dott. Costantino Togliani, di Revere (Mantova):

« Plaudo al *Policlinico* che sa tenere viva e fulgida la fiamma della nostra scienza, che sola affratella la classe medica italiana ».

Il dott. Giuseppe Javicoli, di Chieti:

« Non so fare elogio migliore, se non rilevare che questa è la 23ª rinnovazione d'abbonamento ».

Il dott. Vincenzo Martuscelli, di Centola (Salerno):

« Auguro sempre miglior fortuna al pregevole periodico indispensabile per ogni medico ».

Il dott. De Francisci Morales, da Caltagirone (Catania):

« Per il *Policlinico* sono sempre sinceramente entusiasta ».

Il dott. Alberto Polito, di Fragagnano (Taranto):

« Rinnovo i sensi della mia più alta stima per il pregiato periodico, che mi dà la possibilità di essere al corrente di quanto è assolutamento necessario al medico ».

Il dott. J. Ruhräh, di Baltimora (Stati Uniti), scrive:

« I have always found your journal exceedingly interesting and well edited ». (Ho sempre trovato il vostro giornale oltremodo interessante e ben redatto).

Il dott. Nino Celestino Dosi, di Meina (Novara):

« Invio importo abbonamento 1925 alla Sezione Pratica del *Policlinico*, il vecchio e fedele consigliere che da un ventennio circa mi fà da inseparabile, prezioso consulente ».

Il dott. Scipione Ferrari di Guardiagrele (Chieti):

« La Sezione Pratica del *Policlinico*, per noi, che viviamo nei piccoli centri, lontani dalle Cliniche universitarie, è una guida preziosa ed un conforto nell'esercizio della nostra professione ».

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Minerva Med., 15 ott. — A. RABINO. Il metodo del vescicante nella tecnica sierodiagnostica. — E. MENSI. Sindrome meningea rara simulante una meningite tubercolare.

Brazil-Medico, 20 sett. — A. VALERIO. Disinfezione bucco-dentaria per interventi chirurgici.

Arch. di Farmac. e Sc. aff., 1° sett. — L. SPOLVERINI. Influenza degli idrati di carb. sull'assorbim. dei grassi.

Quaderni di Psichiatr., sett.-ott. — M. PONZO. Rapporti tra respiro e preparazione della parola. — F. PETROSELLI. Un gesto caratteristico sulla schizofrenia. — G. LOMBROSO. Influenza della fantasia femminile sulla pazzia della donna. — M. FLAMBERTI. Il « Plasmodium vivax » nella terapia della demenza precoce.

Prensa Méd. Argent., 20 sett. — E. T. FRERS. Correzione chirurgica delle deformazioni delle narici.

Presse Méd., 15 ott. — P. NIGAUD e A. DOLLFUS. Diagnosi radiologica della bronchiectasia.

Rassegna Internaz. di Clin. e Ter., sett. — M. ARTOM. Localizzazione di sifiloderma sopra un tatuaggio. — C. GARGANO. Fibromi puri della mammella.

Proc. R. Soc. Med., ott. — Discussioni sulle neoplasie naso-faringee; sulle complicazioni oto e rinologiche della scarlattina e del morbillo; sul trattamento delle emorroidi con le iniezioni; sul prolasso del retto; sul prurito anale; sul carcinoma del retto. — W. H. JONES, Z. MENDELL. Impiego degli anestetici. — G. HENDRY. I tagli cesarei ripetuti. — Copiosa casistica.

Gazz. Med. Italo-Argen., 16-31 ag. — L. FERRANNINI. Aia di ottusità sinistra alla base del torace. — E. AIEVOLI. Seno costo-pleuro-diaframmatico e ferite spleniche da punta e taglio.

Arch. de Med., Cir., ecc., 18 ott. — D. M. HAJELZ. L'amigdalectomia.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 12 ott. — C. FINO e A. REYNAUD. Morbo di Banti e gravidanza.

Riforma Med., 13 ott. — G. POGGIO. Diuresi ottenuta col sollevam. degli arti infer. — F. P. TINOZZI. Reazioni di flocculazione nella tbc. chirurgica.

Ann. di Clin. Med. e di Med. sperim., 15 lug. — U. SOLI. Lesioni arteriose degli animali ed arteriosclerosi umana. — E. SORRENTINI. Patologia professionale degli insegnanti. — F. ALESSIO. Intossicaz. speriment. da tabacco.

Tubercolosi, sett. — N. PITTALUGA. Rapporto fra temperatura rettale e ascellare nelle tbc. chirurgiche.

Revue de Méd., 8. — Z. GORECKI. Meccanismo degli essudati.

Rev. de Psiquiatria, lug. — H. F. DELGADO. « Granville Stanley Halle ». — P. WILSON. La vergogna quale fattore sociale.

Clinica Psicopedagogica (Buenos Aires), mag-ag., S. DE SANCTIS. Lo sviluppo psichico nell'età evolutiva.

Riv. Ospedal., 15 sett. — I. CIVALLERI. Terapia dell'asma bronch. con spec. riguardo al trattam. tubercolinico.

Bull. Sc. Med., sett.-ott. — G. PISTOCCHI, O. DE RE. Intossicaz. cloroformica; rapporti con gli stati timici e tiroidei. — G. CORONEDI e M. AJAZZI-MANCINI. Alcaloidi veget. e ptomaine; a proposito di una perizia leg. — D. OTTOLENGHI. Trasmissibilità del virus dell'encef. let. al coniglio.

Brazil-Med., 27 sett. — A. VALERIO. Applicazioni cliniche chirurgiche del riflesso solare.

Mediz. Klinik, 21 tett. — O. KLEINSCHMIDT. Trattamento delle infezioni acute delle ferite. — C. LEWIN. Una combinazione cerio-iodica nel trattam. dei tumori mal. — E. ADLER, E. BIRSCH. Centro del sonno.

Riv. Ospedal., 30 sett. — G. BENASSI. Fisiopatologia del respiro di Cheyne-Stokes.

Ann. di Oftalmol. e Clin. Oculist., ag. — D. D'AMICO. Lo strappamento del nervo ottico. — G. FAVALORO. Sul glaucoma traumatico.

Morgagni, 19 ott. — U. SELLA. Pneumotor. artific. con ernia mediastinica.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Sommari dei Numeri di Gennaio e Febbraio 1925 dei periodici pubblicati dalla nostra Casa:

"IL POLICLINICO,,"

SEZIONE MEDICA

Il fascicolo 1 (1° gennaio 1925) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - **P. Bastai.** Aplasia delle vene sovraepatiche con persistenza della vena ombelicale.

II. - **L. Paterni.** Contributo allo studio dei tumori maligni della milza: metastasi di carcinoma e di ipernefroma (con 9 figure).

III. - **C. Verdozzi** e **S. Stefani.** Ricerche sperimentali sugli ormoni embrionali e sui fattori dello sviluppo dei corpi lutei gravidici.

Il fascicolo 2 (1° febbraio) contiene:

LAVORI ORIGINALI.

I. - **E. Creppi.** L'epatite ipertrofica infettiva, con ittero e splenomegalia (con una tavola a colori ed altra in fototipia).

II. - **C. Franchini** e **B. Maggesi.** Reperto di spirochete in un caso mortale di febbre biliosa emoglobinurica (con due figure).

RIVISTA RIASSUNTIVA.

S. Andriani. L'epifisi.

"IL POLICLINICO,,"

SEZIONE CHIRURGICA

Il fascicolo 1 (15 gennaio 1925) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - **C. Baggio.** Per quali cause si forma un'ulcera digiunale post-operatoria? (con 23 figure schematiche).

II. - **C. D'Agata.** Ricerche e osservazioni su un caso non comune di actinomicosi dell'avambraccio (con due figure nel testo ed una tavola in fototipia).

III. - **C. Zampa.** Emangioma cavernoso diffuso dei muscoli striati (con quattro figure).

Il fascicolo 2 (15 febbraio) contiene:

LAVORI ORIGINALI.

I. - **C. Matronola.** Su di un caso di priapismo prolungato.

II. - **P. Pieraccini.** Due brevi note: 1° Sulla identica suscettività dell'uno e dell'altro arto inferiore a farsi sede di processi flebectasici. 2° Sui vantaggi che offre il metodo Babcok nell'asportazione delle varici.

III. - **F. Purpura.** Microrganismi del cancro e del sarcoma (con 24 figure).

IV. - **C. Scollo.** Contributo clinico-statistico allo studio del carbonchio esterno.

V. - **L. Tanzi.** Contributo clinico sulla reintegrazione anatomica e funzionale dei tronchi dei nervi.

"CUORE E CIRCOLAZIONE,,"

PERIODICO MENSILE

Il N. 1 (Gennaio 1925 contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - Dott. **F. Castellotti**: La Teocina nella cura dell'ipertensione arteriosa (con 3 figure).

II. - Dott. **L. Grossi**: Sopra un caso interessante di sindrome di Morgagni-Adams-Stokes (con 4 figure).

III. - Dott. **L. Siciliano**: Modificazioni della funzione cardiaca nel pneumotorace (con 5 figure).

RIVISTA SINTETICA:

Prof. **Gastone Meldolesi**: Analisi radiologica del peduncolo sopracardiaco.

RASSEGNE E RECENSIONI.

Il N. 2 (Febbraio 1925) conterrà:

LAVORI ORIGINALI:

I. - Dott. **C. Giorgi**: Le modificazioni della crasi sanguigna in rapporto all'allenamento muscolare (con 4 figure).

II. - Dott. **E. Creppi** e Dott. **A. Ratti**: Massa del sangue ed alta montagna (con 2 figure).

III. - Dott. **A. Pisani**: La cura dell'anasarca da scompenso cardiaco.

RASSEGNE E RECENSIONI.

"LA CLINICA OSTETRICA,,"

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

Il N. 1 (Gennaio 1925) contiene, oltre ad un articolo introduttivo della Direzione:

LAVORI ORIGINALI: Prof. Sen. **E. Pestalozza**: A proposito dell'innesto dell'ovaio. — Dott. **F. Strina**: Sul trattamento della placenta previa. — **FATTI E DOCUMENTI**: Prof. **O. Viana**: Una rara anomalia fetale: l'ano ombelicale. — **LA RUBRICA DEGLI ERRORI**: Prof. **P. Gaifami**: Torsione sul peduncolo di una cisti ovarica al sesto mese di gravidanza, con emorragia endocistica grave. — **RIVISTE GENERALI**: Dott. **N. Temesvary**: Sintomatologia e diagnosi della sepsi puerperale. — **PROBLEMI SOCIALI**: Prof. **F. Valtorta**: I concetti informatori del programma di difesa della maternità. — **NOTA DI TERAPIA.** — **DALLE RIVISTE.** — **I LIBRI.** — **VARIETÀ.** — **NOTIZIE.**

Il N. 2 (Febbraio 1925) conterrà:

LA PAGINA DEL MEDICO PRATICO: Prof. **P. Gaifami**: Su una nuova modalità di taglio cesareo conservatore. — **LAVORI ORIGINALI**: Dott. **C. Albano**: Studio endocrino-morfologico in un caso di singhiozzo mestruale continuo (datante da 22 anni). — **LA RUBRICA DEGLI ERRORI**: Dott. **Vincenzo Marzetti**: Gravidanza molare in donna di 52 anni; erosione della parte dell'utero. — **LEZIONI CLINICHE**: Prof. **P. Romeo**: La sterilità. — **DALLE RIVISTE.** — **I LIBRI.** — **VARIETÀ.** — **NOTIZIE.**

IL VALSALVA RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

Il N. 1 (Gennaio) contiene:

Editoriale. — G. BILANCIONI: **Programma di lavoro.** (Prolusione). — **Note di tecnica clinica**: V. GIUDICE-ANDREA: Per la diagnosi ematologica delle mastoiditi. — **Capitoli**: C. GRANDE: Postumi laringei da inalazioni di gas asfissianti. — **Ricerche di laboratorio**: S. TRAINA: Reperto di spirochete nel naso e nella laringe nei feti eredo-luetici. — **In Biblioteca.** — **Recensioni.** — **La Nota Storica**: Il primo descrittore della «rinite delle rose». — **Notizie e Questioni.**

Il N. 2 (Febbraio 1925) contiene:

Osservazioni di clinica: P. FERRONE: Contributo alla conoscenza delle celluliti squamose epitimpaniche. — **Raccolta di fatti**: GH. FERRERI: Micosi laringea primitiva. — **Capitoli**: V. FACCHINI: La cura della tubercolosi laringea in un Sanatorio. — **Fra la scienza e l'arte**: S. BAGLIONI: L'udito e la voce. — **In Biblioteca.** — **Recensioni.** — **La Nota Storica**: G. BILANCIONI: Le conoscenze oto-rino-laringologiche di G. Flajani. — **Notizie e Questioni.**

Per le condizioni di abbonamento vedi alla pagina seguente.

ABBONAMENTI AL "POLICLINICO,, PER IL 1925.

	ITALIA	ESTERO
Singoli:		
(1) Alla sola Sezione pratica (settimanale)	Lire 50	Lire 80
(1a) Alla sola Sezione medica (mensile)	Lire 35	Lire 45
(1b) Alla sola Sezione chirurgica (mensile)	Lire 35	Lire 45
Cumulativi:		
(2) Alle due Sezioni (pratica e medica)	Lire 78	Lire 115
(3) Alle due Sezioni (pratica e chirurgica)	Lire 78	Lire 115
(4) Alle tre Sezioni (pratica, medica e chirurgica)	Lire 98	Lire 135

N. B. - Chi desidera fruire del Premio gratuito: O. CIGNOZZI **« I moderni concetti nella cura delle lesioni settiche »** aggiunga, all'**INTERO** importo dell'abbonamento, L. 3 se in Italia o L. 5 se all'Estero per le spese di spedizione postale raccomandata.

Periodici di nostra edizione
In abbonamento cumulativo pel 1925 con "Il Policlinico,,

Gli associati al « Policlinico », a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole:

L. 22 per l'Italia o **L. 32** per l'Estero

potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1925 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di specialità.

N. B. — *Coloro che assumeranno l'abbònamento a tutte e tre le Riviste*, e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al *prezzo di favore* di sole:

L. 60 per l'Italia o **L. 90** per l'Estero

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continuazione de

Le malattie del cuore e dei vasi

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Clinico Medico di Roma

Ogni fascicolo si compone di 40-48 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, lezioni e conferenze; *b)* rassegne, riviste e congressi; *c)* notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 28 — Estero L. 38 — Un numero separato L. 3,50
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 22 — Estero L. 32

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di BARI

Ogni fascicolo si compone di 40-48 pagine di testo distinto in 3 parti: *a)* lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; *b)* recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; *c)* Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 28 — Estero L. 38 — Un numero separato L. 3.50
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 22 — Estero L. 32

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di PISA

Ogni fascicolo si compone di 32-36-40 pagine di testo, distinto in 3 parti; *a)* lavori originali, osservazioni e lezioni cliniche, contributi pratici; *b)* Riviste sintetiche, sunti, rassegne, quesiti; *c)* note storiche della medicina, varietà, cenni bibliografici, notizie, ecc.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 28 — Estero L. 38 — Un numero separato L. 3.50
Per gli associati al "Policlinico,,: Italia L. 22 — Estero L. 32

Indirizzare Vaglia Postali e Assegni Bancari, sempre direttamente al Cav. Luigi Pozzi, Via Sistina, 14 — Roma

ANNO XXXII Roma, 2 Marzo 1925 Fasc. 9

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELL'UNIV. DI ROMA
diretto dal prof. V. ASCOLI.

Frequenza del polso come equivalente di accesso malarico (1).

per il dott. REMO MONTELEONE, assistente.

Come nelle altre malattie infettive, anche nella malaria partecipa al processo morboso il sistema cardio-vascolare, e tale partecipazione si manifesta con modificazioni obiettive e del polso e del cuore, constatabili sia durante l'accesso, sia all'infuori dell'accesso, con intensità varia, di variabile durata.

Ed i trattatisti oltre a richiamare l'attenzione sull'andamento dell'aia di ottusità cardiaca verificabile durante l'accesso febbrile e sugli eventuali rumori, nettamente descrivono gli speciali caratteri del polso propri dell'infezione malarica sia nel tempo che precede l'accesso sia durante la piressia, sia nello stadio del sudore: polso proporzionato all'altezza della temperatura durante l'innalzamento di questa, più raro nello stadio del sudore. E di osservazione frequente sono alterazioni della funzione cardiaca persistenti dopo la guarigione, in casi di malaria grave, alterazioni estrinsecantesi in una certa frequenza del polso, in una certa mollezza e piccolezza di esso (Laveran, Ascoli, Marchiafava, Bignami,

(1) Comunicazione al XXX Congresso di Medicina Interna (Milano, 1924).

ecc.). L'apparato cardio-vascolare non sfugge quindi alla infezione malarica, e se, agli scopi della presente nota, limitiamo la nostra attenzione al comportamento del polso e della temperatura, possiamo affermare che, nella grande maggioranza dei casi di malaria, polso e temperatura sono legati da quei rapporti comuni nelle diverse infezioni: se ciò vale come regola, vediamo in singoli casi, in singoli individui, deviazioni della massima importanza.

Nella letteratura casi di alterato rapporto polso-temperatura in malarici non sono frequenti: furono descritti casi nei quali, mentre la febbre raggiungeva i 39°.5 le pulsazioni non superavano le 75-80 per minuto primo. Interessante è un caso di tale relativo rallentamento del polso, nel quale la bradicardia si verificava ad accessi periodici in uno con gli accessi febbrili, tendendo a poco a poco a scomparire negli intervalli apirettici.

In talune osservazioni fu notato coincidere ad una serie di accessi malarici, e per più giorni, una tachicardia mantenutasi costante fra le 90-240 pulsazioni al minuto primo, in diretto rapporto con il chinino.

Ancora più interessanti sono i fenomeni constatati, pur persistendo l'ordinario ciclo del parassita, in assenza della febbre: Boeri descrisse aumenti accessionali della pressione sanguigna, verificantesi anche all'infuori degli accessi febbrili, nei giorni in cui avrebbesi dovuto constatare il ritorno della piressia. L'equivalente termico « ipertensione » è l'analogo di quei disturbi svariatissimi, molte volte presentantisi nei malarici, in modo accessuale, con parassiti in circolo, senza contemporaneo aumento della temperatura: nevralgie, accessi asmatici, psicopatie, esantemi, paresi, ecc., dei quali soltanto l'esame del sangue svela la natura malarica.

L'esistenza di tali fatti non si può ormai revocare in dubbio: vero è che si tratta sempre di fatti non comuni, onde come tale non mi sembra fuor di luogo, rendere noto uno speciale « equivalente termico » del quale unico accenno trovo nel Trattato sulla malaria del nostro Professore. In esso Trattato leggiamo come possano talora aversi nella malaria in atto, modificazioni del polso — tachicardia — anche in mancanza della febbre, quando esistano parassiti in scizogenesi nel sangue.

Lo speciale equivalente oggetto della presente nota fu osservato durante la degenza in un contadino di 14 anni ricoverato in Clinica il 16 dicembre 1923: di questo malato riporto nelle poche righe seguenti la storia clinica.

Dalla breve anamnesi si apprese che nel gentilizio del malato, ascendenti e collaterali, non esisteva alcuna tara luetica o tubercolare. Fino al luglio 1923, il piccolo paziente ha goduto perfetta salute. Domiciliato a Fonte Papa (Roma), paese salubre, nel luglio 1923 si reca a Cisterna, luogo notoriamente infestato dalla malaria, donde dopo parecchi giorni torna a Fonte Papa. Poco dopo mentre lavorava (egli era adibito alla custodia di armenti) fu colto un mattino, verso le ore 11, da malessere generale, brivido intenso, cui seguì febbre alta della durata di circa tre ore e che scomparve con sudorazione profusa: accessi febbrili simili si ripeterono a giorni alterni per circa un mese durante il quale il p. fece intensa cura chininica prendendo dalle sei alle otto pastiglie di gr. 0,20 ciascuna di chinino bisolfato.

Stette successivamente bene, apirettico, per circa due mesi e mezzo, allorchè dopo aver soggiaciuto ad un violento acquazzone, fu colpito da malessere, brivido, cui seguì febbre alta scomparsa dopo poco con sudore: accessi febbrili irregolari susseguirono e, non cessando con il chinino, irregolarmente somministrato, fu il paziente costretto a ricoverare in Clinica. Approfittando della lucida mente del ragazzo ed ancor più minuto rendendo l'interrogatorio, si viene a sapere che nei periodi di benessere intercorsi negli ultimi mesi, per più volte il p. ebbe a notare nelle prime ore successive al mezzodì dolori vaghi all'apparato scheletrico, specie degli arti inferiori, talora concomitanti a vivo senso di freddo, e, nel mentre egli « aspettava » la febbre, questa non fu avvertita dal malato.

All'esame obiettivo, riassumendo, ricordo che si trattava di un ragazzo di statura e sviluppo scheletrico proporzionato all'età; in buone condizioni di nutrizione, con una cute bruno pallida, con mucose visibili pallido rosee. Vescicole erpetiche numerose, per la maggior parte in via di disseccamento in corrispondenza dell'angolo labiale di sinistra: sul labbro inferiore altre vescicole, confluite, avevano dato luogo a formazione di ampia crosta.

L'esame semeiologico morfologico e funzionale dell'apparato polmonare, del cuore, dell'apparato linfatico e genitale non dava a divedere sintomi patologici. Ad un polso regolare, ritmico, corrispondeva con l'apparecchio del Riva-Rocci alla radiale, una pressione massima di 105 ed una minima di 90.

Degli organi addominali: il fegato si palpava un cm. sotto l'arco costale con margine regolare, di consistenza non aumentata, indolente; con la percussione il limite superiore dell'ottusità epatica si delimitava al quinto spazio sull'emiclaveare destra.

La milza era palpabile sotto l'arco a tre cm., liscia, di consistenza aumentata, indolente, ben spostabile con gli atti respiratori; in alto l'ottusità splenica si fissava, lungo l'ascellare media, al settimo spazio.

Negativo era l'esame del sistema nervoso.

Degli esami di laboratorio:

Nessuna alterazione fisico-chimica delle urine, se si eccettui la presenza di lievi tracce di urobilina.

La reazione di Wassermann sul siero del sangue, è negativa.

Negativa la cutireazione con la comune tubercolina al 25 %.

L'esame morfologico e quantitativo del sangue ci offre i dati seguenti:

Globuli rossi: 3.140.000; globuli bianchi: 5400; emoglobina: 55 %; valore globulare: 0,87.

La formula leucocitaria: neutrofili: 53; eosinofili: 1; basofili: 0; monociti: 16; linfociti: 30.

All'esame radioscopico del torace: nessuna alterazione a carico dei polmoni, del cuore, dei gangli, dei grossi vasi.

Il peso del corpo era di kg. 39,600

Riassumendo:

Un quattordicenne, pastore, contrae nel luglio 1923 nella Campagna Romana febbri intermittenti che a malgrado le cure chininiche, non regolari peraltro, recidivano ostinatamente. Entra in Clinica in preda ad accessi febbrili insorgenti dopo brivido e declinanti con sudore. Obiettivamente si nota una modica anemia secondaria con linfocitosi, un discreto tumore di milza, una lieve epatomegalia, un florido herpes labialis.

Diretta l'indagine verso un'infezione malarica, ed eseguito l'esame del sangue per eventuali parassiti, esso mostra la presenza in circolo di numerose forme adulte di « plasmodium vivax ».

A ben stabilire il ciclo del parassita, lasciamo senza chinino il paziente: gli accessi febbrili si succedono ogni giorno di intensità sempre minore; il sangue contiene, sebbene in misura decrescente, parassiti della terzana benigna. Dopo alcuni giorni la febbre è cessata; non scompaiono però i parassiti. Nel contempo, rivolgendo la nostra attenzione al tracciato delle pulsazioni, notiamo delinearsi accessi quotidiani di tachicardia insorgenti verso le nove del mattino, con un numero di pulsazioni, variabile fra le 90 e le 120 al minuto, accessi a cuspidi acute, alternati in sul principio, irregolari e di durata maggiore in seguito. L'accesso corrispondente al 30 novembre è preceduto da dolori di lieve intensità a carico degli arti inferiori, ed è chiuso da profusa sudorazione: quello del primo dicembre non si inizia con alcun fatto morboso, ma è anch'esso seguìto da intenso sudore. Il giorno quattro ricompare con il brivido la febbre e con essa corrispondente tachicardia; nuova eruzione di vescicole erpetiche in corrispondenza dell'angolo labiale sinistro. Gli accessi febbrili si succedono da questo momento in modo irregolare anch'essi scomparendo spontaneamente per dar luogo ad accessi quotidiani di tachicardia, irregolari, non preceduti da disturbi alcuni, ma per lo più seguìti da sudorazione.

Il giorno 14 si inizia la cura chininica: il p. ha di nuovo due accessi di tachicardia, poi più nulla; il polso si mantiene in rapporto con la temperatura, mai superiore ai 37°.

Ma l'interesse del caso è reso ancor maggiore dai reperti parassitari del sangue riscontrati negli esami che fin dalle prime giornate di malattia furono sistematicamente eseguiti.

Il sangue, prelevato ogni tre ore e disteso sui comuni portaoggetti, era trattato con la miscela Romanowski-Leishmann all'alcool metilico: il reperto mostrò in tutto il primo periodo, febbrile, della malattia, trattarsi di due generazioni di « plasmodium vivax » in schizogenesi in giorni alterni: si constatarono nelle varie preparazioni forme adulte ameboidi, forme giovani con granulazioni di Schüffner, spesso gameti di terzana benigna.

Al sangue fu maggiormente rivolta l'attenzione allorchè, cessata la febbre, si videro sopravvenire i tipici quotidiani accessi tachicardici, ed anche durante questi fu facile constatare la presenza in circolo di parassiti dello stesso tipo, i quali, sebbene non numerosi, continuavano regolarmente il loro ciclo evolutivo. Persistendo nella minuta osservazione non fu senza sorpresa che il 6 dicembre, in uno col ritorno della febbre notammo la quasi scomparsa dei parassiti appartenenti alla specie « vivax » ed il comparire di quelli propri del « praecox »; in taluni prelevamenti il sangue mostrò in maniera evidente l'associazione delle due forme di parassiti: ben presto scomparvero dal circolo le amebe della terzana benigna notandosi in seguito solo forme non numerose di parassiti della terzana maligna. Anche in questo secondo periodo di malattia, cessata spontaneamente la febbre e ricompárendo isolati, irregolari, accessi di tachicardia potemmo constatare nel sangue la regolare corrispondenza dell'evoluzione parassitaria finchè non

intervenne il chinino in dose terapeutica a far scomparire gli anelli.

Fino alla dimissione del malato dalla Clinica persistettero in circolo forme semilunari per la prima volta apparse nel sangue del p. il giorno 13 dicembre.

Avevamo dunque nel nostro paziente una forma di malaria mista: l'infezione si era esplicata con due distinti periodi febbrili, il primo procedente da una doppia generazione di « vivax », il secondo dal « praecox ». In stretto rapporto con tali periodi febbrili noi vedemmo erigersi accessi di tachisfigmia ritmicamente quotidiani nel tempo intervallare fra i due periodi febbrili, piuttosto irregolari dopo l'ultimo accesso febbrile.

Che tachisfigmia e temperatura presentino eccezioni in riguardo al loro stretto rapporto nelle infezioni, è cosa nota: ben conosciamo il relativo rallentamento del polso nella febbre tifoide, il relativo acceleramento nella scarlattina, nella difterite. Nella tubercolosi polmonare vediamo sovente in nessun rapporto con la temperatura, un acceleramento spesso notevole del polso. Non sono certo queste le tachicardie — di cui la tachisfigmia è l'espressione semeiologica palpatoria — da prendere in considerazione per la esatta classificazione del disturbo cardiaco presentato dal nostro malato, bensì i due gruppi dal Vaquez denominati:

1) tachicardie parossistiche;

2) tachicardie semplici.

La tachicardia parossistica sappiamo che evolve con improvvise crisi, con inizio repentino, con fine altrettanto repentina: nel momento dell'accesso il numero delle pulsazioni, di rado inferiore a 140, giunge spesse volte a 200-300 per minuto primo. Il nostro malato presentava delle crisi di tachicardia parossistica, ma di tachicardia parossistica, nel senso di Bouveret, non si trattava evidentemente.

Al secondo gruppo, alle varietà di tachicardia semplice rientrano le banali accelerazioni delle pulsazioni cardiache che una emozione, una corsa, ad esempio, producono. Rientrano anche in questo gruppo la tachicardia ortostatica, la tachicardia basedowiana, la tachicardia da compressione del pneumogastrico operata da tumori del mediastino, da aneurismi, da adenopatie tracheobronchiali, da lesione del nucleo d'origine del nervo, ecc. Escludemmo facilmente nel nostro paziente le lesioni da tumori, struma, ecc., fermandoci alquanto a considerare la tachicardia ortostatica, la tachicardia emotiva; in questi casi l'accelerazione delle pulsazioni non presenta particolarità speciali, non dà luogo a manifestazioni subiettive apprezzabili, non raggiunge cifre superiori alle 130-140 pulsazioni al minuto, scomparendo progressivamente. Ma e la tachicardia ortostatica e la tachicardia emotiva sono in diretto rapporto con la causa: moto, trauma psichico; viceversa il nostro piccolo malato, anche costretto al riposo assoluto in letto, ben lungi da qualsiasi emozione, continuò a presentare accessi tachicardici.

Escluse le multiple cognite cause delle manifestazioni tachicardiche, fummo indotti a ricercare nell'infezione malarica di per sè sola, la causa del fenomeno: dall'esame del sangue ebbimo la prova di tale presupposto. Nel sangue prelevato ogni tre ore, ci fu facile dimostrare che il presentarsi, il ripetersi, lo svolgersi degli accessi tachisfigmici, era intimamente legato con l'evoluzione del parassita circolante.

A malgrado, dunque, la regolare schizogenesi, la febbre era assente: al suo posto comparivano disordini funzionali cardiovascolari, manifestantisi con l'aumento accessuale del numero delle pulsazioni. Nel nostro caso ci trovavamo di fronte ad un « equivalente termico » del parossismo febbrile malarico, nello stesso modo come numerosi AA. avevano notato sostituirsi talora ad accessi febbrili malarici, nevralgie, edemi, eruzioni di urticaria, erpeti. Per esso equivalente termico erano adempiute, ed in concomitanza, le condizioni precisate dall'Ascoli nel suo Trattato: costante periodicità, presenza in circolo di forme parassitarie in sporulazione del ciclo febbrigeno, azione della chinina. La larva degli accessi febbrili, il succedaneo del parossismo febbrile, l'equivalente termico, era rappresentato nel piccolo paziente dall'elevamento accessuale del numero delle pulsazioni.

BIBLIOGRAFIA.

Oltre ai trattati del prof. V. ASCOLI, del MARCHIAFAVA-BIGNAMI, del LAVERAN, BROUARDEL-GILBERT, del VAQUEZ, del GILBERT-THOINOT, consultare:

BOERI. *Sulla larvata malarica.* Gazzetta Ospedali e Cliniche, 1902, n. 63.

CASTELLANI ALDO. *Le sindromi malariche.* Archives médicales Belges, agosto 1918.

GALLENGA P. *Contributo allo studio dei fenomeni cardiaci nella malaria.* Gazzetta Ospedali e Cliniche, 1904.

ID. *Su di un caso di tachicardia parossistica in malarico.* Il Policlinico, supplemento, 1900, n. 24.

LÜTHZE H. in LEYDEN e KLEMPERER. La Clinica contemporanea, 1907.

MONDOLFO E. *Malaria afebbrile primitiva.* La Riforma medica, 1919, n. 9.

PONTANO T. *Esame delle più importanti acquisizioni, ecc.* Il Policlinico, Sez. Medica, 1921.

TRINCAS G. *Gli equivalenti termici nell'infezione malarica.* Gazzetta Ospedali e Cliniche, 1909, n. 104.

VITELLO G. *Bradicardia da malaria.* Il Morgagni, 1910, n. 6.

NOTE E CONTRIBUTI.

SANATORIO DELLA CROCE ROSSA ITALIANA
DI CUASSO AL MONTE.

Il vinismo è veramente di danno nella tubercolosi polmonare?

Prof. dott. ARTURO CAMPANI, direttore.

L'articolo che E. Arnauld ha pubblicato sulla *Revue de la tuberculose*, n 1, 1923, sotto il titolo « Alcoolisme et tuberculose » scuote finalmente quella strana suggestione, quel supino rispetto alle cifre che le statistiche, comunque confezionate, che i cartogrammi, comunque disposti, sogliono destare nel pubblico e nei medici. Infatti da che esercito la professione, e sono già più di venti anni, so di ben poche conferenze contro la tubercolosi ove non si riservasse un posto d'onore ai rapporti fra questa malattia e l'alcoolismo, con dispiegamento della relativa carta di Francia, ove si vedeva a chiare note come l'addensamento delle morti per tubercolosi coincidesse coi massimi consumi di alcool. Io stesso, benchè riluttante per la quotidiana osservazione clinica contraria, dovevo accodarmi ai sovrani verdetti dei numeri e non potendoli discutere, perchè lontana la fonte, mi limitavo a spiegare il fenomeno per influenze indirette sulla natalità, dovendosi presumere che i figli degli alcoolisti fossero più gracili anche fisicamente e quindi più soggetti alla tubercolosi.

Ma il lavoro di Arnauld viene ora finalmente a porre la marca ufficiale di un gravissimo dubbio agli oracoli delle statistiche di Brouardel, di Baudrau, di Bertillon stesso.

Ricordiamo che il Congresso internazionale di Roma del 1912 aveva chiuso la discussione accettando senza beneficio d'inventario il quadro numerico del farmacista di Beauvais, Baudrau, che in cifre nette dava a un consumo di alcool di 12 la mortalità per tubercolosi di 35 e a un consumo massimo di 50-70 la mortalità id. id. di 90 e sopra. Chi avrebbe potuto osare discutere di fronte a simili diagrammi? Viceversa — la verità vien sempre a galla — l'Arnauld risalendo alle fonti stesse dalle quali i citati autori avevano tratti i loro quadri e le loro conclusioni, si è accorto che tutto era da rifare: non voglio qui riassumere il lavoro del valoroso collega francese che gli interessati debbono leggere in esteso per convincersi. Mi basta dire per sommi capi che le statistiche dette confrontavano ed anche molto inesattamente la mortalità tubercolare delle città *superiori ai* 5000 *abitanti* col consumo generale di alcool *nell'intero dipartimento*. Riportando le cose al punto vero e cioè tenendo calcolo anche di tutta la campagna, la statistica cambia completamente di aspetto. Inoltre certe eccezioni in apparenza incomprensibili venivano spiegate col dire che in campagna si beve meno che in città, mentre questo non è sempre vero, anzi spesso è vero il contrario. Le famose statistiche di Bertillon sono intanto tratte dal solo anno 1906 e poi viene considerato solo l'alcool dei liquori e non quello del vino e della birra: infine con errore inverso al precedente, Bertillon confronta tale consumo generale per tutto il dipartimento con la mortalità tubercolare delle sole *campagne*. E poi alla stessa stregua delle cifre di Bertillon, l'aumento del consumo di alcool non è affatto proporzionale alla mortalità per tubercolosi, ma se l'uno cresce da 1:5 l'altra aumenta soltanto da 1:2.

Inoltre rimettendo a posto in dettaglio i singoli gruppi si vede che i nove dipartimenti ove il consumo di alcool a testa è il più elevato sono *ben lungi* dal costituire la maggior parte del gruppo che riunisce le più alte mortalità per tubercolosi. Non è quindi il caso di parlare di eccezioni di concordanza, ma di vera e propria *discordanza*. Ad es., la Senna inferiore che ha un massimo di alcoolismo (12 litri per persona) occupa nella classifica il 35° posto di mortalità per tubercolosi, invece la Senna, che è al 1° posto per tubercolosi, scende al 15° rango pel consumo di alcool.

Ma l'autore non si appaga di demolire la statistica degli altri: egli ne costruisce su basi che sembrano anzi più esatte e razionali un'altra completa, tenendo calcolo separatamente e collettivamente delle mortalità e dei consumi nelle città e nelle campagne. Emerge da essa anzitutto la conferma luminosa che la mortalità per tubercolosi in campagna fino al 1913 è enormemente più bassa che in città, con rare eccezioni e cioè 48 su 50 dipartimenti. Viceversa il consumo di alcoolici è in 22 maggiore in campagna con una eccedenza del 30 % e nei 28 altri il consumo è minore in campagna però con un *deficit* del 25 %. E là dove il tasso di consumo rurale supera l'urbano del 3 % il *deficit* di mortalità rurale è del 40 % mentre nei 28 ove si ha un *deficit* di consumo alcoolico rurale del 25 % nell'urbano il *deficit* di mortalità è del 44 %.

Tali cifre capovolgono completamente certe idee stereotipate, tanto più se si studiano alcuni gruppi come, ad es., i Vosgi ove il tasso rurale di mortalità è il 69 % di quello urbano, mentre il consumo alcoolico per testa rappresenta il 233 % di quello urbano! Inoltre confrontando fra loro le popolazioni rurali, e poi pure fra loro quelle di città, non si rileva alcuna sistematizzazione fra la mortalità per tubercolosi ed il consumo di

alcool. Anzi nelle città oltre i cinquemila abitanti mentre il consumo per testa diminuisce, la tubercolosi aumenta; viceversa in campagna mentre dal 1907 al 1913 il coefficiente di mortalità tubercolare è diminuito, è aumentato invece il consumo degli alcoolici. Tutto ciò conduce decisamente l'Arnauld a vedere piuttosto una evoluzione inversa che convergente dei due flagelli sociali.

Noi non osiamo ancora seguirlo nel cammino completamente opposto a quello da parecchi anni tracciato agli igienisti ed ai propagandisti, ma pensiamo che l'amore pel semplicismo igienico, così utile per l'evoluzione della coscienza delle masse non deve poi farci perdere di vista la verità scientifica che è infine anche la base più solida di ogni applicazione terapeutica. Ed io qui vengo non per apportare dati statistici generali che non possiedo e che dovrebbero anche in Italia essere raccolti e vagliati colla maggiore cura dato l'interesse grandissimo della materia, ma per trattare questa dal lato clinico. A tale proposito non mi sento il solo a sospettare che l'alcool abbia un'importanza trascurabile e spesso nessuna importanza come fattore di tubercolosi o come aggravante della malattia. Clinici e fisiologi eminenti già espressero i loro dubbi fondati, e cito fra gli italiani l'Albertoni. Basterebbe a creare perplessità la considerazione che le tubercolosi gravi dominano e predominano nell'età pubere quando vinismo ed alcoolismo sono ancor lontani. Altrettanto dicasi pel sesso femminile, di raro infiltrato dal vizio del bere e pur pagante dolorosissimo tributo alla tubercolosi.

Per conto mio l'osservazione clinica di un ventennio mi aveva fatto seriamente mettere in dubbio le colpe attribuite all'alcool nel provocare e nell'aggravare il quadro della tubercolosi polmonare. Mi erano sì, capitati all'osservazione parecchi bevitori tubercolosi e ne avevo visti anche morire, ma non con particolare frequenza, anzi, in proporzione al numero, piuttosto raramente: neppure mi era parso che l'uso dell'alcool avesse alcuna influenza specifica sulla sintomatologia speciale della tubercolosi segnatamente quando detto alcool era ingerito sotto forma di vino. Viceversa avevo visto la tisi decorrere rapidissima o galoppante o miliare in numerosi astemi e nei bevitori ad oltranza di latte, specialmente se questa astinenza era stata totale, cioè fin dall'infanzia.

Però nel dubbio di essere ingannato da una certa qual sorta di impressionismo preconcetto che trae in errore non di rado non solo il profano ma anche medici sperimentati, ho voluto studiare sotto questo speciale punto di vista un gruppo abbastanza numeroso di malati che furono o che sono degenti nel Sanatorio della Croce Rossa di Cuasso al Monte (Milano), che io dirigo. Gli osservati furono in tutto 406 di sesso maschile, di età variante dai 20 ai 47 anni, nella maggioranza invalidi di guerra. Vennero essi distinti in quattro categorie a seconda dell'uso del vino e cioè:

1) bevitori forti. In media consumanti oltre 1 litro e mezzo di alcool al giorno e con piccoli segni di intossicazione alcoolica (con grandi segni nessuno);

2) bevitori discreti. Consumo medio 1 litro al giorno o poco più;

3) bevitori moderati — diremo così fisiologici. Consumo di mezzo litro al giorno;

4) astemi.

Il giudizio di categoria era dato non solo dall'anamnesi, non di rado reticente, ma anche e specialmente dal comportamento dell'infermo in Sanatorio. Giacchè il bevitore difficilmente si corregge ed è facile al medico che osserva bene i suoi malati di accorgersi direttamente o indirettamente del vizio. Ed infatti, specie trattandosi di giovani in prevalenza operai, dove il vinismo è diffuso, non sono state rare le scappate alle osterie, indiziarie delle tristi abitudini precedenti e spesso punite invano.

La proporzione è risultata la seguente:

1ª categoria (bevitori forti), n. 29, percentuale 6 %.

2ª categoria (bevitori discreti), n. 86, percentuale 21.9 %.

3ª categoria (bevitori moderati), n. 177, percentuale 43.6 %.

4ª categoria (astemi), n. 114, percentuale 29.9 %.

Qualcuno potrà credere che la percentuale indicata sia notevole: noi non lo pensiamo, anzi siamo d'avviso opposto tanto più rilevando che nel gruppo dei *bevitori forti* non c'era nessun alcoolizzato nel vero senso della parola, ma piuttosto gente che amava frequentare assai le osterie senza che ne residuasse in permanenza una alterazione apprezzabile viscerale o del sistema nervoso. Ora in una massa di uomini, specialmente del ceto operaio, ove il vinismo è molto diffuso, le cifre indicate mi appaiono tutt'altro che grandi tanto più se le confronto colle osservazioni di ambulatorio che ebbi occasione di fare quando ero ispettore medico degli stabilimenti operai della Lombardia: ivi segnai per gli uomini una proporzione del 20 % di persone che abusavano notoriamente del vino. È vero che si trattava di individui sani e lavoratori, ma non è men vero che la differenza è sensibile tanto più che noi abbiamo incluso fra i bevitori anche quelli che lo erano stati nel passato e non erano più...: pochi invero e cioè solo tre.

Siamo poi passati allo studio clinico eziologico sintomatico dei nostri infermi e in questo lavoro abbiamo proceduto per tre gruppi e cioè:

1) tutti gli ammalati in blocco per stabilire media;

2) i bevitori forti;

3) gli astemi.

Siccome gli elementi furono presi individualmente, dalle singole cartelle cliniche potremo fare gli estratti anche per i bevitori discreti e moderati ma per ora ci siamo *limitati* ad osservare con attenzione i due estremi antitetici della scala.

Ed in ciascun ammalato abbiamo tenuto calcolo dei dati seguenti:

1) età;

2) peso del corpo nel periodo antecedente alla malattia;

3) costituzione. Qui avremmo potuto seguire rigorosamente la classifica morfologica secondo i tipi De Giovanni-Viola, ma siccome parecchi malati erano già usciti e quindi ci sarebbe mancato il mezzo di misurazioni minute, ci siamo accontentati di stabilire tre categorie generiche: robusti, gracili, normali. Nel gruppo *robusti* erano principalmente i *brachitipi* macrosplancnici o macrosomatici, in quello *gracili* principalmente i *longilinei* o i *microsomatici;*

4) aumento o diminuzione di peso durante il periodo sanatoriale;

5) lato della lesione o prevalenza della malattia da un lato;

6) precedenza di pleuriti o di polmoniti e bronco-polmoniti;

7) frequenza e grado delle emottisi;

8) febbre;

9) presenza o assenza del bacillo di Koch nell'escreato;

10) forma clinica.

In quest'ultimo studio, il più importante, naturalmente noi non abbiamo punto distinto i malati col vieto metodo degli *stadi*, ma abbiamo formato gruppi fondati su considerazioni miste di decorso e anatomiche. Le nostre categorie sono le seguenti:

1) *Br. Pneumopatie discrete*, lente, a tendenza manifestamente *involutiva* o *risolutiva*. Condizioni generali buone. Piressie rarissime, guarigione facile colla semplice cura climatica sanatoriale. *Tubercolosi a una sola tappa.*

2) *Br. Pneumopatie più estese*, ma croniche o cronicissime con *sclerosi polmonare o pleurica*, frequentemente dispeptiche, rarissimamente febbrili, con poco o nessun escreato, raramente o mai con segni di fusione o di essudazione manifesta, con qualche tendenza a bronchiti banali intercorrenti. Sopravvivenze lunghe o lunghissime. *Tubercolosi benigna dispeptico nervosa, ondulante ma senza vere tappe.*

3) Broncoalveoliti fibrose o cirrose con asma ed enfisema a tipo cronico, ma acutizzabili e a prognosi più severa. *Tubercolosi a stato sub-continuo di male polmonare.*

4) Broncoalveoliti fibrocaseose, ad andamento lento, *la tubercolosi comune*, moderatamente cronica, suscettibile di crisi acute, a tappe, con fatti essudativi ed escavativi, a decorso medio di sei o sette anni. Febbre a periodi. *Tubercolosi grave a tappe regolari, più o meno distanziate.*

5) Broncoalveoliti caseose, infiltrative colliquative e ulcerative a consunzione rapida pel ravvicinamento delle tappe, polso frequente, circolo debole, intossicazione facile. Temperatura sempre o quasi sempre febbrile. *Tubercolosi grave a tappe ravvicinate o subentranti* (1).

Non ho formato categorie delle pleuriti secche o essudative perchè, come forme a sè, non accompagnate da tbc. polm., noi non ne avemmo mai: però se dovessimo includere queste forme nella nostra classificazione, porremmo le pleuriti secche, quelle vere (poichè la maggioranza rappresenta un eufemismo o un errore di diagnosi) nel I gruppo, mentre le seconde possono avere posizione, parte nel II gruppo e parte nel IV o V, difficilmente negli altri, essendo la pl. essudativa vera una forma più grave.

Ed ora veniamo ai risultati che la tabella generale illustra:

I. *Età.* La media è stata di 27 anni e 9 mesi. Pei bevitori l'età sale a 34 anni e per gli astemi a 27. Se si trattasse di confrontare persone di età molto diversa come ragazzi e uomini, la spiegazione del fatto sarebbe ovvia, e cioè che i tubercolosi alcoolisti si trovano più fra i vecchi che fra i giovani, perchè questi non bevono o bevono poco. Ma fra i 24 e i 46 anni tale ragione ha minor valore e quindi si può anche pensare che la età media dei tubercolotici divenga maggiore, quando essi usino l'alcool sotto forma di vino. Tale presunzione avrebbe però bisogno, per la conferma, di cifre assai maggiori.

II. *Peso.* Il peso medio fu di kg. 62.100. Nei bevitori esso fu di 64 e negli astemi di 62. Il fenomeno del maggior peso nei bevitori è strettamente connesso sia all'età, sia allo stato, sia alla costituzione, come vedremo.

III. *Costituzione.* La media generale dà il 46 % normali, 39.3 gracili, 15.7 robusti. Nei bevitori 54 % normali, 24.3 gracili, 17.7 robusti. Negli astemi 36.7 normali, 53.9 gracili, 9.4 robusti. Queste cifre si spiegano, secondo me, colla considerazione che

---

(1) Questa classificazione è già stata pubblicata in dettaglio nella *Gazzetta degli Ospedali* del novembre 1924.

l'individuo costituzionalmente robusto ha anche maggior tendenza alla buona tavola e al buon bicchiere, mentre il debole che è facilmente dispeptico, vi rifugge. È la struttura e la funzionalità vivace e forte dei visceri che con la tendenza naturale ad abbondante nutrizione spinge all'abitudine del bere e all'abuso. Vedremo poi quale importanza tale elemento statistico possa avere nei confronti della forma clinica e del decorso della tubercolosi.

IV. *Lato della lesione*. Ha un valore notevole in rapporto al fatto che è stato sostenuto che nelle persone robuste c'è prevalenza di lesioni a destra, nelle più gracili a sinistra. Questa tesi venne documentata di recente in ottimo lavoro dal Sartori del Sanatorio di Ponton (Verona), il quale ha visto la prevalenza a sinistra del 69.3 % contro il 30.6 nei gracili e viceversa di quella destra nel 64.3 contro il 35.7 % nei robusti. Anche Lancereaux dice che la tubercolosi dell'apice destro è quella dei lavoratori manuali, degli *alcoolisti*, degli intossicati. Le nostre cifre portano come dati generali:

1) a destra prevalentemente o esclusivamente 42 %;

2) a sinistra prevalentemente o esclusivamente 22 %;

3) bilaterali senza prevalenza di un lato sull'altro 36 %;

4) totale bilaterali 75 %;

5) totale unilaterali 25 %.

Nei bevitori le cifre sono le seguenti:

1) esclusivamente a destra oppure prevalentemente 50 %;

2) esclusivamente a sinistra oppure prevalentemente 20 %;

3) nettamente bilaterali senza prevalenza 30 %;

4) totale bilaterali 41 %;

5) totale unilaterali 59 %.

Negli astemi invece:

1) esclusivamente a destra oppure prevalentemente 35.5 %;

2) esclusivamente a sinistra oppure prevalentemente 28.4 %;

3) bilaterali senza prevalenza 36.1 %;

4) totale bilaterali 83 %;

5) totale unilaterali 17 %.

La tendenza del prevalere a destra della lesione è dunque manifesta in tutti i gruppi, la qual cosa morfologicamente può spiegarsi col fatto che i nostri malati — ex-militari — dovrebbe ritenersi persone selezionate — almeno genericamente per la maggior resistenza. Il fenomeno poi è spiccatissimo nel gruppo bevitori, mentre è appena accennato nel gruppo astemi, ove poi le lesioni bilaterali hanno una percentuale più che doppia (41 contro 83 %).

Questo conferma, assieme agli altri elementi già veduti, che i bevitori tubercolosi come probabilmente in ogni altra categoria di persone, si trovano più fra coloro che sono morfologicamente e costituzionalmente robusti, non potendo riuscirci a spiegare come l'alcool per se stesso possa determinare una preferente localizzazione a destra che a sinistra, tanto più che la lesione iniziale è generalmente infantile, al di fuori quindi di ogni influenza del tossico.

V. *Precedenza della pleurite o della polmonite o br. polmonite*. Noi abbiamo visto che la precedenza di pleurite essudativa ha avuto nei nostri tubercolosi in generale, la frequenza del 12 %. Tale frequenza si abbassa al 2 % nei bevitori e si innalza al 21.2 negli astemi. Viceversa la pleurite secca dà una media del 20.8 passa al 33.3 nei bevitori e soltanto al 14.1 negli astemi. La polmonite o br. polmonite dal 10.6 scende a 9 3 nei bevitori con differenza minima e soltanto al 2 % negli astemi. Questi dati di procedenza patologica vengono a deporre per uno stato costituzionalmente o intercorrentemente peggiore per gli astemi, inquantochè la forma essudativa è di natura sempre più severa che le semplici forme secche, le quali danno indizio di una tendenza iniziale alla fibrosi.

VI. *La febbre* fu presente nella media generale il 37%; nei bevitori, il 20 %, negli astemi il 61.6 %. Così pure il

VII. *Bacillo di Koch* venne rinvenuto in media generale nel 46 %; nei bevitori il 26.6 %; negli astemi il 68.8 %. Questi due elementi indicano senz'altro la diversa gravità generica dei due gruppi. Così pure:

VIII. *i miglioramenti ottenuti per la cura sanatoriale* furono, comprendendo i *così detti guariti*, il 60.5 in media generale (intendo miglioramenti forti o fortissimi); il 76 % nei bevitori e il 55.1 % negli astemi. La mortalità dalla media del 1.9 % passa al 0.6 nei bevitori e al 3.1 negli astemi. L'aumento di peso fu di kg. 2.800 in media, di 2.860 nei bevitori e di 0.600 negli astemi. Aumentarono di peso 346 malati contro 60 diminuiti o stazionari in totalità. Sui 30 bevitori 27 aumentarono e 3 diminuirono; sui 96 astemi 70 aumentarono e 26 diminuirono.

Questi dati indicano che l'azione benefica del Sanatorio è stata un po' maggiore nei bevitori che negli astemi e stanno in correlazione esatta a quanto finora abbiamo rilevato.

IX. *Le emottisi* ebbero la frequenza media totale del 53.8 % di tutti i casi: il 66 % nei bevitori e il 62 % negli astemi. Sembra quindi che nel gruppo bevitori ci sia maggior prevalenza del fenomeno, preso nel suo complesso. Anche la distinzione fra emottisi copiosa, mediocre e sem-

plice sputo emoftoico non sposta la classifica e la relativa graduatoria, essendoci lieve prevalenza della prima categoria nei bevitori.

X. *La forma clinica.* È la parte più importante delle osservazioni. E, dico il vero, l'impressionismo semplice che aveva orientato le mie ricerche non credevo avesse così ampia e decisiva conferma dai numeri. Infatti le 6 categorie che abbiamo fatte e che hanno, possiamo dire, un crescendo di gravità vengono ad allinearsi rispetto alla distinzione dei malati in bevitori ed in astemi nella seguente scala:

1ª categoria (forme abortive o involutive): media 21 %; bevitori 26.7; astemi 14.3 %;

2ª categoria: sclerosi pleuriche e polm.: media 23 %; bevitori 43.3; astemi 16.4 %.

3ª categoria: cirrosi asma enfisema: media 4 %; bevitori 6 %; astemi 0.

4ª categoria: br. alveoliti fibrocaseose febbrili lente: media 29.7 %; bevitori 23 %; astemi 22.5 %.

5ª categoria: br. alveoliti caseo-ulcerosa rapida: media 16.7 %; bevitori 0.3 %; astemi 38.7 %.

Episodi: tubercolosi acuta od acutizzata in corso di tubercolosi cronica: media 3.2 %; bevitori 0 %; astemi 8.1 %.

Vediamo quindi che riunendo insieme i tre primi gruppi abbiamo che nei bevitori le forme più tendenti alla guarigione sono il 77 %, negli astemi soltanto il 31 %, mentre le forme gravi costituiscono la proporzione inversa.

Questo fatto, che è numericamente imponente, deve proprio riferirsi all'uso dell'alcool o non piuttosto alla coincidenza già sospettata che questo uso si verifichi più facilmente nei robusti e quindi in coloro che per natura resistono meglio al morbo? Per risolvere il quesito noi dovremmo stabilire esattamente che cosa s'intenda per *robusto*, di fronte all'infezione tubercolare, ricerca questa praticamente difficilissima. Ci limiteremo quindi a tentare di orientarci cogli elementi che possediamo e cioè la costituzione morfologica combinata al peso. Abbiamo pertanto scelto fra i 96 astemi coloro che rispondevano alle note seguenti: struttura normale (normotipi) o sopra il normale (brachitipi), con pesi del corpo più forti e su di essi abbiamo ripetuto le ricerche statistiche già fatte.

Soltanto 17 malati si trovavano nelle condizioni combinate di essere astemi e a struttura organica costituzionalmente robusta o almeno perfettamente normale. Il peso medio loro era di kg. 69 prima della malattia, l'età media risulta di 29 anni e 6 mesi, cioè di cinque minore che nel gruppo bevitori, presi insieme gracili e robusti. Il lato della lesione risultò prevalente a destra nel 52 %, a sinistra nel 29.9 %, senza distinzione di prevalenza nel 18 %.

È quindi *confermato che la prevalenza delle lesioni polmonari a destra si ha negli individui a sagoma robusta, indipendentemente da ogni abitudine alcoolica.*

I malati di questo gruppo che aumentarono di peso in Sanatorio furono 11, con un complessivo guadagno di kg. 23, quelli che rimasero stazionari o diminuirono furono 6 con una perdita di 16 kg. La presenza del bacillo vi fu nel 65 % dei casi, la febbre pure nel 65 %, la pregressa pleurite essudativa fu ricordata 11 % delle volte, l'emottisi grave o leggiera si ebbe nell'82 %. Questi dati dimostrano come questo gruppo sia ben differenziato da quello dei bevitori e si assimili viceversa anzi con accentuazione di gravità a quanto trovammo genericamente nella categoria degli astemi. Il rilievo diventa fin quasi paradossale se riguardiamo i malati sotto l'aspetto della forma clinica. Infatti quelli da scriversi nei n. 4 e 5 della nostra classifica (br. alv. fibro caseosa essudativa od ulcerosa a tappe semplici e a tappe subentranti) sono nientemeno che il 72 %. È vero che nella episodica tubercolosi subacuta (o acutizzata rapidissima) non ci fu nessuno, ma non per questo le cifre sono meno eloquenti e suggestive e da qualsiasi parte si riguardi la questione *resta provato che nella minor gravità clinica dei nostri tubercolosi bevitori la costituzione morfologica non ha avuto nessun peso.*

Davanti a queste cifre ed a questi fatti è difficile resistere al desiderio di concludere che il vino non è affatto un veleno predisponente alla tubercolosi, e che anzi costituisce piuttosto un mezzo di difesa contro l'invasione della malattia. Ma per arrivare a conclusioni di questa fatta, che pur avendo molti taciti consensi di medici pratici urtano ancora contro l'igiene ufficiale, occorrono senza dubbio statistiche più poderose. Abbiamo visto infatti come la statistica sia una sirena che spesso inganna se non la si tratta con severità spietata: non ricascheremo nell'errore degli altri cedendo alle lusinghe di un primo saggio. Ma indubbiamente l'affermazione che l'alcoolismo genera tubercolosi almeno in senso diretto deve essere sottoposta a grave e seria critica. Essa intanto urta contro una conosciutissima verità anatomica: che l'alcool favorisce direttamente o indirettamente la formazione del connettivo, che l'alcool è veleno cirrotico e sclerogeno per eccellenza. E noi sappiamo che la tubercolosi alligna male dove c'è tendenza alla sclerosi: la tubercolosi è rara nel primo periodo della cirrosi sia del rene che del fegato o del cuore e si accende solo come fatto terminale cachettico. Il fenomeno poi suole avvenire assai più facilmente nelle forme spurie che nelle classiche. Perchè voler pensare che una sostanza fibrogena cioè produttrice di quel tessuto che è la sola barriera all'estendersi della tubercolosi sia dannosa nel quadro

clinico della infermità? Perchè in una malattia per eccellenza consuntiva tanta guerra ad un alimento che tutti riconoscono aver funzioni di risparmio nel ricambio organico?

A questo proposito però debbo fare qualche considerazione: vi sono delle persone che assimilano magnificamente l'alcool senza o quasi apparenti turbe digestive: l'alcool, ma *specialmente il vino*, fanno parte integrante della loro alimentazione larga e condita da buon appetito. Per questi individui ritengo che detta sostanza, di fronte alla tubercolosi, sia non solo non dannosa, ma utile, anche nel suo nascosto pericolo cirrogeno. Viceversa in coloro nei quali l'alcool provoca dispepsie, vomiti, ecc., è logico che l'effetto possa essere diverso e inverso: intanto la sua azione sclerogena diventerà pressochè nulla per il mancato o scarso assorbimento e in secondo luogo la denutrizione da disassimilazione non potrà che portar danno nel quadro consuntivo. Queste considerazioni sono il frutto dell'osservazione diretta quotidiana: ma anche quei tubercolosi semi-cachettici che forse per godere un attimo di oblio nell'esaltazione alcoolica bevono e si ubbriacano o quasi, io li ho visti star male, vomitare, essere il giorno dopo estenuati, ma non verificai mai in loro per questi eccessi un improvviso aumento di febbre e di fenomeni di focolaio, come succede per le tubercoline, pel ioduro, per le proteine, ecc., salvo che assieme al disordine dietetico non si accompagni, cosa non rara, una gita o una fuga faticosa, le quali agiscono come strapazzo fisico piretogeno.

Concludendo io dico che tanto i dati di statistica generale come le osservazioni di clinica non confortano finora l'idea diffusa che l'alcool, almeno nei nostri climi temperati, e segnatamente sotto forma di vino, sia sostanza che nuoccia nel quadro della tubercolosi polmonare. Anzi le attuali nostre ricerche, che hanno però bisogno di essere numericamente estese, parrebbero dimostrare il contrario.

Nè il mio dire suoni offesa alcuna alle sensibili orecchie degli antialcoolisti in genere: non c'è infatti bisogno di aggiungere la tubercolosi al quadro triste delle conseguenze dell'alcoolismo per aver motivo di combatterlo ad oltranza. E in ogni caso le ragioni della verità obbiettiva superano anche quella della propaganda meglio intenzionata.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI GENZANO.

Un caso di fistola vescico-intestinale secondaria a piosalpinge

per il dott. prof. MARCELLO SBROZZI, chir. direttore.

Le fistole vescico-intestinali non sono di comune osservazione, ma non rappresentano una rarità. Credo non inutile riferire il caso seguente sia perchè la sua etiopatogenesi non è delle più frequenti, sia perchè si è potuto eseguire il metodo di cura ideale che soltanto raramente riesce. La malata mi fu presentata durante il periodo delle mie vacanze annuali dall'egregio collega dottor Amedeo Guizzardi, chirurgo direttore dell'Ospedale civile di Corinaldo (Ancona); e quivi fu da noi operata.

B. Domenica, di anni 46; nulla di notevole nel gentilizio; mestruata a 14 anni; non ebbe malattie durante la giovinezza; andò sposa a 22 anni; dopo un anno ebbe un primo parto a termine, regolare, con puerperio normale e figlio tuttora vivente e sano. Dopo due anni dal primo diede alla luce all'ottavo mese una bambina che morì poco dopo di enterite; il puerperio fu disturbato da una mastite suppurativa bilaterale che impedì l'allattamento. Trascorso un anno, rimase gravida una terza volta; il parto, a termine, fu espletato con un'applicazione di forcipe; puerperio normale. In seguito ebbe altre sei gravidanze tutte interrotte da aborti fra il terzo e il sesto mese. Tanto l'I. che il marito escludono di essere stati contagiati da lue. Gli aborti furono accompagnati da gravi emorragie e due volte fu praticato il raschiamento uterino. Nel 1914 l'I. soffrì di pleurite essudativa destra guarita perfettamente. Nel 1916 ebbe a soffrire di dolori al quadrante inferiore sinistro dell'addome; fu dichiarata affetta da salpingite sinistra; guarì dopo circa un anno. Nel 1921 ricomparvero i dolori all'addome per il riacutizzarsi dell'infiammazione annessiale sinistra; ma i disturbi non furono tali da impedire all'I. di attendere alle ordinarie occupazioni. Nel 1923 si ebbe una nuova esacerbazione del processo flogistico con forti dolori e periodi febbrili che obbligarono l'I. a letto. In questo tempo essendosi manifestata una stipsi ostinata, l'I. fece molto uso di purganti e di clisteri. Un giorno del maggio 1923, senza avere avvertito dolori o disturbi speciali, si accorse che con le urine emetteva gas e feci. Durante l'anno furono praticate ad intervalli serie di lavande vescicali; si ebbero periodi in cui la fuoriuscita di gas e di feci cessò completamente tanto da far pensare ad una chiusura spontanea della fistola; ma dopo qualche tempo ricomparvero la pneumaturia e la fecaluria. Non si ebbe mai alcun sintoma che denotasse passaggio di urine nell'intestino. All'inizio dell'anno corrente cominciarono a comparire sintomi di infezione vescicale e pielo-renale ascendente: piuria, elevamenti febbrili preceduti da brivido, decadimento progressivo dello stato generale. Furono intensificate le lavande vescicali e si ebbero periodi di miglioramento e di

peggioramento alternati. L'I. stremata di forze, perduta la speranza di una guarigione spontanea, avvilita e stanca di una vita piena di sofferenze materiali e morali, cominciò a richiedere ad ogni costo un atto operatorio pur essendo perfettamente conscia degli immediati e gravissimi pericoli cui andava incontro. Fu in questa epoca (marzo 1924) che io vidi la malata all'ospedale di Corinaldo insieme al collega Guizzardi e fummo richiesti insistentemente di tentare un intervento chirurgico.

Esame obbiettivo del 14 marzo 1924. Condizioni generali molto scadenti; colorito pallido terreo; pannicolo adiposo quasi del tutto scomparso; polso piccolo frequente; temp. 38°5; lingua arida ricoperta di una patina grigiastra. Nulla di notevole al torace eccetto una lievissima ipofonesi posteriormente a destra in basso. Addome trattabile, non meteorico, indolente alla palpazione eccetto in corrispondenza del quadrante inferiore sinistro ove si risveglia un lievissimo dolore alla pressione. Milza lievemente ingrossata. Fegato nei limiti Non si palpano i reni. Esame ginecologico: collo dell'utero con alcune cicatrici; fornici liberi, indolenti; non si riesce ad individuare il corpo dell'utero; da destra a sinistra si percepisce come una tumefazione pastosa, continua, indefinita, indolente a destra, lievemente dolente a sinistra. Esame rettale negativo. Le urine ottenute col cateterismo — il mattino era stata praticata una lavanda vescicale — sono chiare, leggermente torbide; contengono circa 1 p. 1000 di albumina; all'esame microscopico del sedimento si notano leucociti abbondanti normali od alterati ed elementi vescicali e renali. Per mancanza di strumentario non è possibile praticare la cistoscopia. Le condizioni dell'I., sopratutto per l'esistenza dell'infezione delle vie urinarie, erano tali da autorizzare una prognosi tutt'altro che favorevole all'intervento richiesto. Ma l'insistenza dell'ammalata e della famiglia stessa ci spinse all'atto operativo che fu eseguito il 16 marzo con diagnosi di fistola vescico-intestinale, molto probabilmente del sigma, consecutiva ad annessite sinistra. La sera avanti fu fatta una abbondante lavanda vescicale ed un clistere. Il mattino prima dell'atto operatorio fu ripetuta la lavanda vescicale e praticata un'ipodermoclisi di 300 grammi di siero fisiologico.

Operazione: eteronarcosi regolare; disinfezione della pelle alla Grossich, laparatomia mediana sottombellicale. Aperto l'addome si riscontrano estese e vecchie aderenze fra le anse intestinali; l'utero e gli annessi non sono visibili: al disopra di essi esiste un piano continuo di aderenze, partenti a sinistra dal sigma colico e a destra dal ceco, il quale è abbassato e spostato verso la linea mediana; anche un'ansa del tenue ha contratto aderenze con le suddette sezioni dell'intestino. S'incomincia a liberare il ceco; si asporta l'appendice aderente alle parti circostanti; si pratica una sutura siero-sierosa con seta per ricoprire una stretta perdita di sierosa nel ceco distaccato. Si libera poi l'ansa del tenue la quale ha contratto lasse aderenze col sigma. Si scopre così in parte l'utero, di volume normale. Infine, previa introduzione di un catetere metallico in vescica per avere un punto di repere, si procede alla liberazione del sigma e si giunge a mettere in luce la zona di esso aderente alla vescica, sede certa della fistola. Nella manovra di isolamento del sigma si apre una piccola raccolta purulenta, che tosto si riconosce essere contenuta nella salpinge sinistra. Deterso diligentemente il pus, si riesce con qualche difficoltà ad asportare la salpinge; quindi si pratica il distacco del sigma dalla vescica; ad operazione ultimata, risulta un orificio in ambo gli organi irregolarmente circolare, del diametro di circa 2 cm. L'orificio del sigma è situato nell'ultima sua porzione; quello della vescica nella parte posterolaterale sinistra, piuttosto in basso. Si ripara la lesione di continuo del sigma con una prima sutura continua al catgut a tutto spessore, e con una seconda sutura sierosierosa a punti staccati con seta. La breccia della vescica si chiude con una sutura continua al catgut a tutto spessore e con una seconda sutura interessante la sierosa e lo strato muscolare, a punti di seta staccati. La riparazione dei due organi fu molto laboriosa poichè, non essendo estrinsecabili, si dovette operare nella cavità piuttosto profonda del piccolo bacino. Ma con pazienza si riuscì ad ottenere una sutura soddisfacente. Si ricostruì a strati la parete dell'addome chiudendo completamente e si applicò un catetere a permanenza in vescica. L'atto operatorio, espletato in circa un'ora e mezza, fu sopportato bene dall'I. L'indomani dal catetere fluiva orina chiara, lievemente torbida; l'addome era trattabilissimo, non meteorico; la temperatura si manteneva febbrile 37°5-38°5. Nei giorni seguenti si manifestarono sintomi d'insufficienza renale; non si ebbe alcun fenomeno peritonitico: nè vomito, nè meteorismo, nè dolenzia, nè rigidità dell'addome; la temperatura si mantenne costantemente febbrile; il polso si fece sempre più piccolo e frequente e si ebbe il decesso in quinta giornata, essendo la sutura delle pareti addominali in perfette condizioni. Non fu permessa l'autopsia.

In questa nota, che vuole essere un contributo clinico allo studio delle fistole vescico-intestinali, non passerò in rassegna la letteratura dell'argomento; mi limiterò a rammentare alcuni dati principali circa l'etiopatogenesi, i caratteri anatomo-clinici ed i mezzi curativi di dette malattie.

Etiologia e anatomia patologica. — Le fistole vescico-intestinali possono essere causate da traumi, da infiammazioni e da neoplasmi; le più frequenti sono le traumatiche, poi vengono le neoplasiche ed infine le infiammatorie.

Fra i traumi ricordiamo: A) le ferite d'arma da fuoco o d'arma bianca che interessano contemporaneamente i due organi creando un'anormale comunicazione fra loro; la fistola può essere primitiva, o secondaria per caduta di un'escara; B) la presenza in vescica di corpi estranei più o meno puntuti e di calcoli che finiscono per ulcerare la parete vescicale e la parete dell'ansa intestinale contigua; C) gli interventi operatori durante i quali si possono aprire simultaneamente la vescica e l'intestino o per errore di tecnica o perchè intimamente aderenti. Nella enucleazione della prostata è accaduto più volte lacerare il retto; eccezionalmente anche durante la litotrisia.

Fra i processi infiammatori ricordiamo le infiammazioni della vescica e dei vari segmenti

dell'intestino, le quali determinano in primo tempo aderenze ed in seguito l'ulcerazione e la comunicazione abnorme fra i due visceri. La tubercolosi vescicale e intestinale, le cistiti e le pericistiti, l'infiammazione e la distensione eccessiva di una cellula vescicale in seguito a ritensione di urine secondaria a restringimento, gli ascessi perivescicali, l'appendicite, la sigmoidite, la sifilide e l'actinomicosi sono altrettanti fattori etiologici delle fistole; la tubercolosi appare la causa più frequente. Si ricordino poi le infiammazioni degli organi vicini che possono determinare aderenze fra vescica e intestino e fistole dirette; oppure dar luogo a raccolte purulente le quali si fanno strada nell'intestino e nella vescica mettendo in comunicazione i due organi attraverso una sacca intermediaria. Tali lesioni possono essere causate da tubercolosi peritoneale, da annessite suppurativa, da prostatite, da flemmoni della cavità di Retzius, da osteiti del bacino. Nel caso nostro il piosalpinge sinistro provocò l'aderenza tra il sigma e la vescica, cui seguì la formazione di una fistola diretta; la sacca salpingitica infatti fu rinvenuta a ridosso dei due organi e ad essi aderente, ma non con essi comunicante. L'I. riferì nella storia che nel periodo precedente all'apparizione della fistola fece molto uso di purghe e di clisteri per vincere una stipsi ostinata, e che la pneumaturia e la fecaluria comparvero in seguito ad un clistere; non saprei se il trauma di questo clistere possa essere stato causa occasionale della comunicazione abnorme; se il liquido fosse stato immesso nel retto in quantità e con pressione tale da raggiungere la parte inferiore del sigma e da esercitare una brusca spinta sulla zona di adesione dei due organi, punto *minoris resistentiae*, si potrebbe anche ammettere come causa occasionale il trauma dell'enteroclisma.

Le fistole secondarie a neoplasmi sono dovute ad epiteliomi della vescica, dell'intestino e della prostata, i quali determinano da prima una aderenza tra i due organi ed in seguito ne distruggono le pareti. I carcinomi del colon pelvico sono più frequenti degli altri.

Quanto alla sede, le fistole possono interessare i vari segmenti dell'intestino e le varie parti della vescica. Le vescico-rettali sono più frequenti delle altre; nella tesi di Pascal (1906) su 300 casi figurano 113 fistole vescico-rettali; e ne figurano 9 su 42 casi raccolti posteriormente da Privitesco (1912). Dopo il retto sono interessati, per ordine di frequenza, il colon pelvico, il tenue, il ceco e l'appendice. Nella vescica l'orificio è per lo più nella parte bassa (basso fondo nelle fistole vescico-rettali); poi nelle parti laterali (neoplasmi del sigma), ed anche nella parte superiore e sulla faccia anteriore.

La fistola, come si è detto, può essere senza tragitto ed allora i due organi comunicano direttamente attraverso un orificio di varie dimensioni, talora filiforme, talaltra rotondeggiante del diametro di 3-4 cm. L'aderenza dei due organi può raggiungere l'estensione del cavo di una mano (Legueu, *Journal d'Urologie*, giugno 1923). In altri casi esiste tra la vescica e l'intestino un tramite più o meno lungo e tortuoso o una cavità intermediaria.

Sintomatologia. — I sintomi capitali sono tre: il passaggio di gas nella vescica che determina la pneumaturia; il passaggio di contenuto intestinale nella vescica; il passaggio di urine nell'intestino. Questi sintomi per lo più sono preceduti da turbe addominali legate alle svariate affezioni che portano alla fistola (infiammazioni e tumori); nei casi dipendenti da neoplasma intestinale possono insorgere improvvisamente senza disturbi premonitori. La pneumaturia è il sintoma più costante che richiama l'attenzione degli infermi e consiste nell'uscita di gas all'atto della minzione, dopo che è stata emessa l'urina, con produzione di gorgoglio o addirittura di un vero rumore simile a quello prodotto dalla fuoriuscita dei gas dal retto; i gas sono inodori o tramandano odore fetido ammoniacale o intestinale. In casi eccezionali si può avere ritensione di gas in vescica con formazione di tumefazione dovuta a distensione del viscere. Secondo Alesio (*Congr. Italiano Chir.*, 1921) la pneumaturia sarebbe il sintoma precoce di neoplasmi intestinali, in ispecie dell'ansa sigmoidea, al quale l'I. non dà importanza perchè non è molesto nè doloroso; e precederebbe anche di mesi la comparsa di contenuto intestinale nelle urine. In generale però la pneumaturia insorge insieme alla fecaluria; le urine allora assumono un colorito giallo zafferano speciale, un odore talora fetido, e contengono particelle più o meno voluminose di feci o di residui alimentari a seconda del tratto intestinale interessato. Il passaggio del contenuto intestinale in vescica non è in ogni caso permanente ma spesso, come avvenne nella nostra I., cessa completamente per periodi di tempo più o meno lunghi. L'infezione vescicale, se non insorge nei primi tempi, non tarda a comparire in seguito e può propagarsi, come nel nostro caso, per via ascendente alla pelvi e al rene. Il passaggio delle urine nell'intestino è incostante e in dipendenza della conformazione del tramite fistoloso; non di rado, come noi osservammo, manca del tutto; se si verifica in lieve quantità è ben sopportato dall'intestino e le feci possono essere alquanto liquide; se in quantità considerevole si stabilisce una specie di diar-

rea cronica con fenomeni talora di enterite o di proctite.

Diagnosi. — In presenza di pneumaturia e di passaggio di contenuto intestinale in vescica la diagnosi è banale. Quando esiste soltanto pneumaturia occorre accertarsi che questa non dipenda da decomposizione delle urine (fermentazione di urine glicosuriche, fermentazione di urine infette per opera del colibacillo e dei bacilli aerogeni) o da apertura di flemmoni gassosi perivescicali nella vescica. L'anamnesi, l'esame obbiettivo dell'I. e l'esame delle urine faciliteranno la diagnosi; ma si ricordi che in presenza di una pneumaturia spontanea si deve pensare anzitutto all'esistenza di una fistola vescico-intestinale. La cistoscopia è un prezioso ausilio diagnostico poichè nella maggior parte dei casi fa constatare de visu l'esistenza e la sede della fistola; in alcuni casi rivela lesioni vescicali circoscritte (edema, villosità infiammatorie, ispessimento e gonfiore della mucosa) che nascondono l'orificio fistoloso. Talora (Marion) fu dato sorprendere la presenza di un bolo fecale e di residui alimentari nell'orificio fistoloso in procinto di cadere in vescica. Nei casi di fistole con orificio molto largo la cistoscopia è impossibile, perchè non si riesce a riempire la vescica per il fatto che il liquido passa, man mano che vi viene immesso, nell'intestino.

La diagnosi di sede, se si tratta di fistole vescico-rettali, si fa per mezzo della esplorazione digitale del retto, con la quale si riesce quasi sempre ad apprezzare la lesione di continuo; con l'esame cistoscopico che rivela l'orificio fistoloso nel basso fondo vescicale; e con la rettoscopia. Per le altre fistole è difficile stabilire la sede, a meno che non si sappia che sian dovute a un neoplasma, il quale di preferenza interessa il sigma colico. I caratteri del contenuto intestinale che passa in vescica possono illuminarci sull'altezza della lesione intestinale. La diagnosi del morbo che ha causato la fistola, in generale si desume dall'anamnesi e dall'esame delle turbe che accompagnano la fistola; nel nostro caso era nettissima dati i precedenti dell'affezione annessiale; quando la fistola si manifesta all'improvviso senza disturbi precedenti o con disturbi vaghi, di solito si tratta di un epitelioma del colon pelvico.

Prognosi. — La prognosi delle fistole vescico-intestinali è in ogni caso riservatissima; in quelle dovute a carcinomi o a processi tubercolari gravi è infausta per l'entità stessa di questi morbi; nelle retto-vescicali è molto riservata per le difficoltà dell'intervento; meno grave appare nelle fistole della porzione alta dell'intestino dovute a processi infiammatori non tubercolari. In tutti i casi la prognosi è notevolmente aggravata dall'infezione vescicale che in più o meno breve lasso di tempo finisce per stabilirsi, e sopratutto dalla conseguente infezione ascendente uretero-pielo-renale. L'infezione urinaria, secondo Pasteau (Journal d'Urologie giugno 1923), tarderebbe a stabilirsi anche molti anni quando la lesione intestino-vescicale si fa dall'esterno all'interno, ossia la lesione causa della fistola è extravescicale; si verificherebbe invece assai rapidamente quando la lesione primitiva è vescicale ed in secondo tempo interessa l'intestino, come nei casi di introduzione di un corpo estraneo in vescica il quale finisce col perforare prima questo organo e poi l'intestino vicino.

Cura. — Nella cura delle fistole vescico-intestinali figurano una serie di atti operatori, alcuni diretti ad ottenere una guarigione definitiva, altri praticati soltanto a scopo palliativo. In due casi di fistola d'origine sifilitica si ottenne la guarigione con la cura specifica (Heitz-Boyer).

Il trattamento razionale consisterebbe nel distacco dei due organi aderenti in corrispondenza della fistola e nella chiusura separata dei due orifici, avendosi così la restitutio ad integrum. Ma una serie di fattori anatomo-clinici si oppongono in pratica all'applicazione di questo metodo ideale, tanto è vero che soltanto raramente è stato possibile usarlo; Legueu e Marion (Journal d'Urologie, giugno 1923) nella loro lunga e larga pratica urologica hanno potuto eseguire la separazione degli orifici e la sutura totale di essi, il primo in un caso con successo, il secondo in due casi uno con successo l'altro con insuccesso.

Tutte le fistole secondarie a carcinoma o a un processo tubercolare florido e diffuso vanno considerate inoperabili. In casi di dubbio diagnostico una laparatomia esplorativa potrà confermare la natura del morbo.

Le fistole vescico-intestinali (escluse le vescico-rettali) di altra origine sono passibili di una serie di interventi a seconda del reperto anatomico. Se la fistola interessa un'ansa intestinale poco profonda e una parte della vescica non eccessivamente bassa, il trattamento razionale non è di difficile esecuzione e dà grande probabilità di riuscita; se questo non sia possibile per difficoltà tecniche, si potrà ricorrere alla resezione dell'ansa aderente e alla ricostituzione del tubo intestinale; i capi dell'ansa resecata saranno suturati e l'ansa costituirà una specie di diverticolo senza pregiudizio per la funzionalità della vescica.

Quando esista una sacca purulenta intermediaria (piosalpinx) sarà aperta e possibilmente sarà asportata la sua parete, se eccessive ed estese aderenze non vi si oppongono; poi se è possi-

bile, si adotterà il metodo ideale dell'isolamento e della riparazione degli organi, oppure si ricorrerà ad una resezione intestinale per sopprimere la fistola intestinale e si applicherà un catetere a permanenza; oppure, mancando anche questa possibilità, si drenerà largamente la sacca purulenta e si rimanderà a un secondo tempo il tentativo di chiusura delle fistole, applicando nel frattempo un catetere a permanenza per derivare le urine all'esterno e consigliando una dieta atta a diminuire la quantità delle feci e a facilitarne l'evacuazione.

Per le fistole vescico-rettali senza sacca intermediaria, i metodi operativi sono svariati e svariate le vie di accesso in dipendenza della sede della fistola; tutti i metodi però tendono a separare i due organi e a suturarne separatamente gli orifici. Va anzitutto ricordato che in casi di suddette fistole insorte in seguito a prostatectomia ipogastrica si è ottenuta la guarigione mediante la semplice applicazione di un catetere a permanenza in vescica (Martin, Journal d'Urologie, marzo 1923) o con lavaggi (Doré, id. maggio 1923); ma in generale occorre l'intervento, il quale sarà fatto per via vescicale recentando i bordi della fistola e praticandone la sutura in uno o possibilmente in due strati, se si riesce a sdoppiarli. Quando la fistola risiede in vicinanza del collo è preferibile la via perineale per separare il retto dalla vescica, e suturare separatamente gli orifici; da altri è stata adottata la via sacrale e la sfinterotomia posteriore. Nei casi di esistenza di sacca intermediaria, si aprirà per via perineale la sacca ed in secondo tempo, se necessario, si tratterà la fistola con uno dei metodi suddetti.

Per le fistole non passibili di trattamento curativo radicale esistono alcuni interventi palliativi, quali l'ano preternaturale, l'enteroanastomosi e l'esclusione intestinale. L'ano artificiale, allo scopo di derivare le feci a monte della fistola e quindi eliminare i fastidi e i pericoli del passaggio di feci in vescica, si pratica di solito nei casi di fistole inoperabili ed anche, talora, come tempo preparatorio per un ulteriore intervento radicale. È avvenuto in rarissimi casi che in seguito alla costituzione di un ano artificiale si sia verificata la guarigione definitiva della fistola. L'enteroanastomosi è stata eseguita in casi in cui era impossibile non solo il trattamento razionale ma anche la resezione intestinale; ed ha lo scopo di imboccare l'ansa intestinale a monte della fistola in un'ansa a valle della fistola stessa, in modo da limitare, se non da impedire, il passaggio del contenuto intestinale nella vescica. Sono state riferite guarigioni definitive anche con questo metodo; in un caso, fu eseguito con successo con l'aggiunta dell'invaginamento dell'ansa esclusa. (Giovannetti, Riv. Osped., 1911, n. 19).

Nella osservazione da me riferita la linea di condotta non poteva essere diversa; la sacca purulenta non era intermediaria ma contigua alla fistola; fu aperta ed asportata la salpinge; non sarebbe stato possibile nè una resezione nè un'enteroanastomosi, inquantochè la fistola risiedeva nell'ultimo tratto del colon pelvico; nè alcun vantaggio si sarebbe avuto dalla costituzione di un ano colico, che d'altra parte sarebbe stato rifiutato dall'I. L'unico mezzo era quello di tentare il metodo razionale che, pur con difficoltà, fu messo in pratica. Purtroppo l'esistenza di un'infezione urinaria grave rese vano l'atto operatorio ben riuscito; noi del resto l'avevamo preveduto e ne avevamo resi edotti l'I. e i congiunti.

Il nostro caso conferma pertanto il precetto che in presenza di grave infezione urinaria è controindicato l'intervento.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Su una « prova al Novasurol » per dimostrare l'influenza del fegato sull'eliminazione dell'acqua.

(H. POLLITZER e E. STOLZ. *Wiener Archiv f. inn. Med.*, 2, 1924).

La prova ha valore soltanto se sono integri gli apparati centrali nervosi e le glandole endocrine (tiroide, ipofisi) che regolano per via nervosa od ormonica il ricambio dell'acqua, e se sono integri il sistema apportatore dell'acqua (cuore e grande circolazione) e l'organo eliminatore dell'acqua (rene). È necessaria ancora un'altra condizione che cioè non sia alterata da tossici o da altri fattori la pressione di rigonfiamento dei colloidi nell'organismo. In tali condizioni il novasurol agisce come diuretico, determinando nell'individuo normale una perdita di peso che va da 200 ad 800 grammi. I diuretici si possono distinguere in diuretici di secondo ordine, quelli che sono attivi soltanto nell'organismo idropico, e diuretici di primo ordine che agiscono anche sull'individuo normale. L'unico diuretico di primo ordine che si conosca è il mercurio in forma del novasurol. L'iniezione intramuscolare di 2 cmc. di soluzione di novasurol al 10 % praticata a digiuno determina nella maggior parte degli individui normali una diminuzione di peso dovuta alla perdita di una certa quantità di acqua; que-

sta quantità che varia da caso a caso viene designata col nome di « acqua residua ». Una diminuzione di peso molto maggiore di quelle che si osservano negli individui normali vengono determinate dall'iniezione di novasurol negli individui affetti da tubercolosi ilare e negli individui affetti da alcune malattie del fegato. Tra queste ultime la maggior perdita di acqua si osserva nei casi di ittero catarrale e particolarmente nei casi di ittero luetico. Anche i casi di ittero da stasi per calcoli dell'epatico e del coledoco reagiscono intensamente all'iniezione di novasurol; mentre reagiscono normalmente gli individui affetti da colelitiasi non accompagnata ad ittero. La prova al novasurol non ha valore diagnostico nè prognostico perchè, ad esempio, i casi di grave ittero da stasi reagiscono in modo identico a quelli di un lieve ittero catarrale.

Il valore della prova è esclusivamente scientifico. Essa dimostra la grande importanza che spetta al fegato o più precisamente ancora ai capillari epatici ed al circolo portale nell'eliminazione dell'acqua. Le vene del sistema portale sono fornite di disposizioni di sbarramento di natura nervo-muscolare che influenzano in modo sensibile il ricambio idrico. Lo sbarramento della circolazione venosa si può estendere dal sistema portale fino al sistema venoso dell'intestino. Sotto l'azione di « traumi osmotici » (somministrazione di sale) la pressione osmotica che agisce sul circolo portale diviene talvolta troppo forte per poter venire bilanciata dall'acqua residua; i meccanismi nervosi regolatori dei vasi del fegato determinano allora per via del diencefalo un riflesso di sete per cui viene ingerita dell'acqua dall'esterno; oppure l'eccessiva pressione osmotica viene eliminata per altre vie, come nel riflesso del vomito o nell'inibizione dell'assorbimento dall'intestino (diarree da urea, diuretina, mercurio). Nei casi di malattie epatiche esiste uno stato di ipereccitazione funzionale del meccanismo di sbarramento venoso nel fegato; esso determina l'aumento dell'« acqua residua »; se l'acqua residua sorpassa un certo limite si manifesta l'ascite come nei casi di ascite acuta nella lue secondaria. I detti meccanismi spiegano l'essenza dell'opsiuria di Gilbert e l'esito della prova al novasurol nelle malattie del fegato. È probabile che anche il sistema venoso del polmone sia fornito di meccanismi regolatori analoghi a quelli del sistema portale; l'eccitazione riflessa di questi meccanismi di sbarramento spiegherebbe l'abnorme reazione al novasurol nei casi di tubercolosi ilare.

POLLITZER.

VIE DIGERENTI.

Sulla diagnosi di costipazione spastica.
(Il nuovo segno degli adduttori).

(K. HANNEMANN. *Münch. m. W.*, 4 aprile 1924)

L'occlusione fecale spastica offre nella sua sintomatologia una spiccata somiglianza con la vera stenosi intestinale organica. Assai di frequente i fatti spastici hanno quale substrato un'eccitabilità abnorme dell'intestino, conseguenza di uno stato nevrastenicó generale.

Non ancora del tutto risolta è la questione se la costipazione e la stasi fecale costituiscano il fattore primario dei disturbi nervosi generali o se invece debba ammettersi il contrario. Le recenti osservazioni e la constatazione che con una adatta cura dello stato nevrastenico, tralasciando anche ogni terapia locale, il più delle volte si ottenga un miglioramento dei sintomi enterici, ha certamente grande importanza nel far interpretare il quadro clinico intestinale quale esponente secondario, nella maggioranza dei casi, di uno stato nevrotico.

L'A., sottoponendo regolarmente da più tempo i malati di costipazione spastica ad un accurato esame neurologico, ha potuto rilevare come in tutti i casi fosse presente un numero considerevole di sintomi nevrotici della più diversa specie, spesso riferibili all'isterismo o a quegli stati costituzionali comprendenti, oltre al cosidetto nervosismo endogeno, tutto il proteiforme quadro della nevrastenia e degli stati nevrastenici di origine emotiva.

Basandosi su tali reperti, l'A. ha largamente applicato la psicoterapia e la terapia suggestiva ottenendo guarigioni numerose, anche durature. Pertanto da ciò deriva che in tutti i casi non complicati ed in cui la diagnosi di costipazione spastica sia sicura, lo stato neurotico andrà considerato come primitivo e ogni tentativo di guarigione etiologica sarà dapprima diretto contro la nevrosi medesima quale causa fondamentale.

Allo scopo di riconoscere la costituzione nevrotico-spastica e con ciò possibilmente la natura dell'affezione intestinale, l'A. pone in rilievo l'importanza di un segno da lui stesso costantemente osservato in tutti gli infermi nei quali clinicamente e roentgenologicamente la diagnosi di costipazione spastica erasi potuta accertare. Trattasi di un sintomo in rapporto con l'aumento del tono muscolare, proprio, come è noto, di svariate forme morbose organiche e funzionali del sistema nervoso (paralisi spinale spastica, sclerosi a placche, compressioni e stati infiammatori del midollo, parkinsonismo, isteria).

Il segno osservato si basa appunto sulla presenza di un aumento del tono dei muscoli degli

arti inferiori e specialmente degli adduttori per cui all'esame della mobilità passiva si osserva un'ipertonia spastica degli stessi muscoli con spasmo degli adduttori di uno o di ambo i lati. Il fenomeno si provoca flettendo la gamba sulla coscia e invitando il p. ad un completo rilasciamento muscolare: il tentativo di abduzione dell'arto rivela allora una rigidità clonica del medesimo e determina una trazione verso l'interno della punta del piede dell'arto opposto disteso.

L'A. in tal modo, in molti casi di gravi neurosi, con iperemia del capo, cefalalgia e spasmi dello stomaco, ha potuto porre la diagnosi di costipazione spastica: diagnosi che un'anamnesi complementare accurata rivelante altri passati sintomi, consistenti per lo più in costipazione alternata a diarrea, valeva a confermare.

L'insorgenza della costipazione spastica può anche talora essere in rapporto con affezioni della sfera genitale muliebre quali aderenze, stati infiammatori ed irritativi cronici capaci di provocare in via riflessa un aumento dell'eccitazione generale nervosa.

Del segno degli adduttori possono differenziarsi 3 gradi. Dal grado di aumento del tono muscolare dipende anche la prognosi circa la gravità e la durata dell'affezione intestinale la cui guarigione si effettua di solito parallelamente alla risoluzione degli spasmi suddetti.

M. AGOSTINI.

I risultati lontani della cura chirurgica dell'ulcera della piccola curvatura dello stomaco.

Tra i chirurgi francesi Delagenière è partigiano e dell'escissione dell'ulcera e della resezione anulare mediogastrica che accompagna però, in entrambi i casi, alla gastroenterostomia. Pierre Duval preferisce praticare la resezione mediogastrica senza gastroenterostomia complementare, pur conoscendo gli inconvenienti legati a questo metodo (ritardo nel passaggio del pasto opaco, alterazioni del chimismo, ecc.). Témoin si dichiara contento dei risultati ottenuti con la gastropilorectomia. Hartmann non nega l'efficacia del trattamento diretto dell'ulcera della piccola curvatura ma, in base a numerose statistiche che vantano fino al 73 % ed oltre di guarigioni, ritiene che non si deve del tutto disconoscere l'utilità della gastroenterostomia.

Questa diversità nelle opinioni esposte e sostenute dai chirurgi francesi al 29° Congresso francese di Chirurgia circa il trattamento di scelta nella cura dell'ulcera della piccola curvatura dello stomaco, ha spinto E. Kummer a riferire i risultati lontani da lui ottenuti in 47 casi osservati nella Clinica Chirurgica di Ginevra ed operati secondo i diversi metodi già citati (*Archives des Maladies de l'Appareil Digestif et de la Nutrition*, n. 5 del maggio 1924).

Su 21 operati di gastroenterostomia in 11 casi ha ottenuto la guarigione, considerata dal triplice punto di vista clinico, chimico e radiologico. Negli altri casi, persistettero dopo l'operazione dei disturbi più o meno gravi legati alla presenza dell'ulcera; in 2 casi vi fu necessità di procedere ad un nuovo intervento per la persistenza e gravità dei disturbi stessi; in 2 altri l'intervento fu richiesto per ovviare agli inconvenienti verificatisi in seguito ad ostruzione dell'ansa afferente.

Su 11 operati di resezione anulare mediogastrica, senza gastroenterostomia complementare, ha ottenuto la guarigione clinica nella metà dei casi; in tutti gli operati ha notato, all'esame radiologico, la persistenza di disturbi della motilità. Anche il chimismo rimase alterato. In un quarto dei casi osservò la recidiva dell'ulcera.

Su 10 operati di gastropilorectomia ottenne in tutti buoni risultati.

L'A. viene alle seguenti considerazioni ed osservazioni:

Nei malati di ulcera della piccola curvatura lo stomaco suole essere ipocinetico, ipotonico ed ortoperistaltico.

Nei suoi operati il metodo operatorio che meno ha influito a migliorare le condizioni motorie dello stomaco è stato quello della resezione mediogastrica; infatti, per quanto spesso il malato non avverta alcun disturbo, all'esame radioscopico si osserva la biloculazione dello stomaco di origine spastica (non dovuta perciò alla sezione dei rami dei pneumogastrici) ed il ritardo nel passaggio del pasto opaco.

Dopo un certo tempo il disturbo suole sparire.

Una sola volta prima dell'operazione, 3 volte su 22 operati di gastroenterostomia, 8 volte su 10 operati di resezione mediogastrica ha osservato la presenza di movimenti antiperistaltici.

In tutti i casi era in giuoco uno spasmo pilorico.

(È nota la presenza di speciali zone mucose reflettogene sopra ed infrapiloriche dotate di chimio sensibilità elettiva e deputate alla regolazione riflessa dei movimenti di apertura e chiusura del piloro. Nell'ulcera della piccola curvatura, essendo alterato il chimismo, degli stimoli chimici abnormi agendo sulle dette zone determinano, sempre per via riflessa, uno spasmo pilorico il quale spesso, ma non sempre, è la causa delle gastralgie. Altre volte il dolore ha come punto di partenza l'ulcera medesima ed Askanazy ha osservato nel fondo dell'ulcera la presenza di ramuscoli del vago alterati per processi di nevrite e di perinevrite).

L'A. ha anche osservato nei suoi operati che, indipendentemente dal processo operativo adoperato, il tasso dell'acido cloridrico libero e l'acidità totale del succo gastrico si abbassano, ma che l'abbassamento è più notevole dopo la gastropilorectomia. Infatti, secondo le esperienze di Smidt ed Enderen Katzenstein, con questa operazione viene ad esser soppressa la secrezione cloridropeptica riflessa da stimolazione chimica (perchè vengono asportate le zone mucose reflettogene) e conservata quella di origine psichica. L'esclusione prepilorica (poichè conserva le dette zone) lascia persistere la secrezione cloridropeptica senza modificarla e lo stesso avviene, per le stesse ragioni, nelle resezioni del solo piloro.

Da quanto precede si può concludere, secondo l'A., che:

1) Nella gastroenterostomia i risultati clinici sono buoni se coincidono con un buon funzionamento della gastroenteroanastomosi; sono mediocri quando il piloro resta la via di evacuazione predominante.

I difetti di questo metodo consistono nel conservare una lesione (l'ulcera) che cicatrizza lentamente o incompletamente; nel pericolo della recidiva o della trasformazione dell'ulcera peptica in ulcera cancerigna.

Nella sua statistica non ci sono osservazioni di ulcere peptiche postoperatorie, nè di ulcere evolventi verso la trasformazione epiteliale.

2) Alla resezione anulare mediogastrica e all'escissione dell'ulcera è utile aggiungere la gastroenterostomia; ciò a causa degli inconvenienti già esposti.

3) La gastropilorectomia ha dato finora i migliori risultati, ma i malati sono stati seguìti per troppo breve tempo perchè si possa ora formulare un giudizio definitivo. Témoin e Pauchet non credono che la considerevole riduzione della digestione peptica ottenuta con questo metodo possa, a lungo andare, influire sfavorevolmente sull'organismo.

La motilità gastrica viene ad essere poco o niente alterata; l'acidità si abbassa notevolmente ed in rapporto diretto coll'estensione della resezione.

La capacità stomacale a volte è fortemente ridotta ed i malati sono costretti a fare dei pasti piccoli e numerosi. ALFREDO PARLAVECCHIO.

UROLOGIA.

Il dolore nelle affezioni genito-urinarie.

(K. IRVIN. *British med. Journ.*, n. 3219, 1924).

L'A. fa rilevare come, data la varietà dei dolori in tali malattie, sia molto difficile poterli giustamente interpretare.

Li divide, essenzialmente, in 2 grandi gruppi:

1) dolori nelle regioni renale ed ureterale;

2) dolori nelle regioni vescicali ed uretrali.

Le affezioni del rene sono, in genere, indolori se l'uretere si mantiene pervio.

I calcoli renali danno luogo a tre tipi di dolori: il dolore locale, il dolore irradiato e la colica nefritica. Il dolore ha sede nella regione lombare in avanti o posteriormente; il dolore che si irradia può localizzarsi nel rene del lato opposto verso l'uretere e la vescica, le grandi labbra o il testicolo e può essere molto violento.

Nella colica nefritica si hanno crisi parassistiche di dolore con irradiazione lungo l'uretere, l'uretra e anche a livello dell'anello inguinale esterno e del testicolo, determinando contrazioni del cremastere.

Nella tubercolosi renale, si possono avere coliche nefritiche determinate dai frammenti tubercolari che ostruiscono l'uretere.

Nel rene mobile si nota un dolore simile a quello della colica nefritica; tale dolore si accentua con i movimenti; nei tumori renali, invece, il movimento non ha importanza alcuna per il dolore, mentre l'aumento della tensione intrarenale e l'ostruzione per frammenti dell'uretere aumentano non poco la dolorabilità.

Il calcolo ureterale dà luogo a dolori simili a quelli della colica nefritica.

2) Dolore nella regione vescicale ed ureterale.

Il dolore vescicale si percepisce al disopra del pube quando si tratta di una lesione della metà superiore della vescica, mentre quando la lesione è localizzata nella parte inferiore, il dolore è localizzato in corrispondenza dell'anello inguinale o nella regione sottopubica.

Il dolore perineale fa pensare ad una lesione del collo o della prostata o dell'uretra membranosa.

Il dolore costante si rileva nella maggior parte di prostatiti, di carcinoma, di calcoli della prostata.

Il dolore si accentua alla fine della minzione in caso di calcolo, di flogosi o di ulcerazione vescicale.

Il dolore uretrale che si percepisce all'inizio della minzione è quasi sempre determinato da ostruzione del canale. Se il dolore si ha durante la minzione, si tratta di una flogosi o di ulcerazione dell'uretra.

Il dolore per calcolosi vescicale si manifesta alla fine della minzione; consiste in bruciore o nella sensazione di lacerazione; si percepisce per lo più a livello del collo della della vescica o a livello dell'uretra al di dietro del meato esterno come pure nella regione perineale.

Tale dolore è molto accentuato nel bambino,

mentre nei vecchi, se il calcolo è localizzato nella loggia prostatica, può anche non dar luogo a dolorabilità alcuna.

Il dolore determinato da calcolo della prostata si sente durante e dopo la minzione, ma si può riscontrare un dolore costante con accentuazione durante la defecazione e senza rapporto con la minzione.

Nella calcolosi delle vescichette seminali il dolore si ha e nelle minzioni e durante la ejaculazione.

La cistite acuta produce violento dolore lungo l'uretra durante la minzione, o dopo. Nella tubercolosi il dolore è costante e violento, specialmente nelle ulcerazioni del trigono.

Nei tumori vescicali si può avere dolore o per la concomitante cistite o per l'ostruzione dell'uretere o per compressione nervosa. Può essere unilaterale, e, in tal caso, tale criterio ci serve per la localizzazione.

Nei carcinomi della prostata il dolore non è punto influenzato dalla minzione, nè dai movimenti, ma è costante, acuto; ha sede nella regione sopra-pubica, a livello dell'uretra, del perineo, dei testicoli; alle volte potrebbe confondersi con una sciatica.

T. LAURENTI.

Stenosi dell'infundibolo renale che produce idrocalice.

(WILLIAM LOWER e GEORGE BELCHER. *The Journal of Urology*, agosto 1924).

Una idronefrosi parziale che interessa un solo calice è molto frequentemente associata a tubercolosi, a tumore, o ad un calcolo renale. Gli autori non hanno trovato nella letteratura nessuna descrizione di casi nei quali non esista relazione con le lesioni sopradette. Per questa ragione e per il successo ottenuto dal metodo curativo impiegato riportano il seguente caso:

L'ammalata, una vedova cinquantenne, entrò in Clinica il 16 maggio 1923; raccontava di aver avuto ripetuti attacchi di colica a sinistra con dolore irradiantesi all'inguine. Questi attacchi erano talvolta accompagnati da nausea e da vomito. Nulla nella anamnesi familiare. Nell'anamnesi remota una ovariectomia bilaterale per cisti 25 anni or sono, e una appendicectomia 5 anni fa. La malattia attuale ha avuto inizio sei anni or sono dapprima come un lieve dolore a sinistra con irradiazioni all'inguine. Di poi come una colica tanto grave da richiedere l'uso della morfina. Lavori pesanti e pasti abbondanti facevano aumentare di frequenza e di intensità gli attacchi. Mai ematuria nè emissione di calcoli. La malata ebbe periodi di disuria durante i quali le orine contenevano pus. L'ammalata diceva di non aver avuto itterizia, nè febbre, nè era dimagrita. Il suo appetito era buono.

Esame obiettivo. Esame generale negativo, tranne un senso di impastamento alla palpazione profonda dell'angolo costo-vertebrale sinistro.

Radiografia negativa sia dell'apparato urinario che delle parti scheletriche vicine.

Analisi delle urine. Normale tranne alcune cellule di pus.

Cistoscopia. Vescica normale, il cateterismo riesce facile da ogni lato; l'esame funzionale comparato non dette niente di anormale ma l'esame batterioscopico delle urine, tratte col cateterismo degli ureteri, dimostrò presenza di colibacillo nella pelvi di sinistra. Fu fatta una pielografia del rene sinistro che provocò una colica e siccome tale pielografia non fu normale, fu ripetuta nello stesso pomeriggio. Le due pielografie viste separatamente e sovrapposte lasciarono in dubbio sulla natura del male, tanto che gli AA. sospettarono un tumore maligno. Fu allora deciso l'intervento.

Operazione. Previa incisione lombare, il rene fu isolato facilmente ed estratto dalla sua capsula adiposa. Il rene aveva una doppia irrorazione. L'arteria aberrante con la sua vena satellite, veniva direttamente dall'aorta al disopra dell'arteria renale. Questa irrorava il polo superiore del rene sinistro, che era separato dalla porzione inferiore da strozzamento fibroso.

La pelvi e l'uretere erano normali e la pielotomia non dimostrò calcoli nè altre alterazioni patologiche. Un'incisione sul polo superiore del rene permise di vedere il calice superiore molto dilatato mentre il suo infundibolo appena permetteva il passaggio di un catetere ureterale n. 6. La cronicità del caso, l'impossibilità certa di assicurare una guarigione permanente con una dilatazione dell'infundibolo ed il fatto che l'infiammazione non era tubercolare, fece pensare che l'eminefrectomia era il miglior procedimento operatorio del caso. L'esame della porzione asportata dimostrò la presenza di una nefrite interstiziale cronica, di una pielite cronica e di una infiammazione cronica stenosante dell'infundibolo con esito in idrocalice. Non vi era tubercolosi.

L'ammalata ebbe una guarigione operatoria rapidissima, e fino ad oggi, cioè otto mesi dopo l'intervento, non ha avuto più dolori, ed anche i sintomi minori sono scomparsi, tanto che può prendere senza alcun danno pasti abbondanti e fare gravosi lavori. Gli AA. ricordano che anche secondo Eisendrath bisogna sempre pensare alla possibilità di una eminefrectomia, quando si deve decidere della sorte di un rene.

U. BANI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

E. MONTANARI. *La chirurgia del cuore.* L. Cappelli, Bologna, 1924.

Il dott. Montanari ha raccolto in un elegante volume, ordinandolo e riassumendolo, il lavoro fatto sul cuore dai chirurghi di tutto il mondo, traendolo dalla vasta e sparsa bibliografia esistente sull'argomento. Ha fatto precedere alcune nozioni generali sull'anatomia, la fisiologia e la fisio-patologia del cuore nonchè sulla diagnostica e le lesioni traumatiche di questo viscere. Partendo dal giusto concetto che non si può scindere la chirurgia del miocardio da quella del pericardio ha dedicato una parte del libro alle operazioni che si praticano sul pericardio e ha fatto seguire in una appendice la descrizione di alcune esperienze da lui eseguite sull'allacciatura delle coronarie nel cane e sulla resezione del miocardio nei conigli. Chiude il libro una completa casistica delle cardiografie eseguite in Italia e all'estero.

È un lavoro nel quale l'importanza della parte originale non è certo proporzionata alla mole del libro. Però è compilato con cura e con criterio, ed è certamente utile per chi voglia formarsi un concetto delle condizioni odierne della chirurgia del cuore.

M. ASCOLI.

L. SILVESTRINI. *Patologia e Chirurgia della Milza* (Studio Sperimentale e Clinico). Ed. Cappelli, 1924. L. 35.

È un lavoro di 395 pagine, 11 tavole varie, veramente interessante. Le ricerche moderne su questo argomento, che quasi direi di attualità scientifica, accumulano ogni giorno nuove osservazioni e sempre nuova letteratura. L'A. è riuscito felicemente a riassumere in un quadro sintetico gli studii più recenti e ad offrire allo studioso e al chirurgo una buona e sicura guida in questo campo ancora abbastanza oscuro dimostrando la propria cultura e la propria esperienza clinica e scientifica.

Un'esposizione chiara e minuta rende l'opera completa in ogni sua parte: la prima parte tratta in modo esteso dell'anatomia e fisiologia della milza, sì da mostrarci l'organo nella sua essenza e nella sua funzione; la seconda parte illustra i varii quadri clinici nelle singole affezioni, o primitive o secondarie, in cui l'intervento chirurgico è stato applicato o potrebbe trovare un'utile applicazione; la terza parte infine più strettamente chirurgica riguarda gli interventi operativi e cioè i diversi procedimenti finora eseguiti, il loro decorso post-operativo e l'esito raggiunto.

In ogni parte risalta l'osservazione clinica e sperimentale dell'autore che veramente è riuscito a compiere un'opera ardua, utile, interessante.

A. POZZI.

F. VOELCKER e E. WOSSIDLO. *Urologische Operationslehre.* Thieme G., Lipsia, 1924, 2ª Ediz., riveduta e corretta, pag. 654 con 504 figure in parte a colori. Prezzo dollari 8.30.

Nel volgere di 4 anni si è resa necessaria la ristampa di questa opera oramai nota ad ogni specialista in materia. Tale semplice dato di fatto assicura sul valore del libro, mentre ne garantisce la completezza. Si può parlare difatti di una nuova edizione per la collaborazione di nuovi autori e per una diversa elaborazione dei singoli capitoli. È stata aumentata la parte riguardante le ricerche sulla funzione renale, e dato un maggiore sviluppo a quelle altre parti nelle quali sono stati più sensibili i progressi della tecnica. Come si sa, seguendo l'indirizzo moderno, il trattato non è costituito da un'arida esposizione di metodi operatorii, ma è detto di ognuno i vantaggi, le deficienze, le critiche e le statistiche, in modo che il lettore possa, all'occorrenza, formarsi un concetto ben preciso del problema che si propone. Per questo l'opera si legge sempre con profitto e facilmente ricorrendo alle numerose e chiare figure.

E. MINGAZZINI.

R. CINAGLIA. *La chirurgia del simpatico.* Genova, Tip. G. Mascarello, 1924.

L'argomento è di attualità: le applicazioni terapeutiche chirurgiche sul simpatico si vanno moltiplicando con risultati che talora sembrano avere dell'insperato. Il momento, anzi, è ancora quello dell'entusiasmo; forse non otterremo da questa chirurgia tutto ciò che ci si ripromette; ma i vari tentativi non mancheranno di portare nuovi progressi nella chirurgia e nella conoscenza delle funzioni del simpatico.

Il Cinaglia dopo una larga esperienza sulle varie nozioni di anatomia e fisiologia, tratta delle varie malattie nelle quali si è intervenuti operatoriamente sul simpatico, riportando la tecnica dei singoli atti operativi. Seguono alcuni processi operativi ed alcune esperienze personali.

G. MATRONOLA.

M. PAVONE. *Terapia generale chirurgica dei disturbi del ricambio.* Off. Grafiche « Settimana Commerciale », Palermo 1923.

L'A. su larga base di conoscenze biologiche affronta l'ardua impresa di colmare la lacuna esistente in chirurgia intorno alla cura chirurgica delle malattie del ricambio.

Sintetizza le nozioni più moderne circa la fisiologia e la patologia della nutrizione ed indica il criterio generale che bisogna avere per la cura delle sue alterazioni.

Tratta poi in modo speciale della terapia dei vari disturbi dipendenti dalle modificazioni delle

condizioni indispensabili della nutrizione, dei disturbi trofici da alterazione nervosa, dei disturbi trofici da alterazione delle glandole a secrezione interna ed esterna ed infine dei disturbi della nutrizione dipendenti da alterazione del metabolismo.

Con logica efficace riesce a mettere insieme sotto un unico punto di vista malattie assai diverse per forma e spesso a patogenesi ancora oscura risolvendo, dove è stato possibile, problemi di interesse scientifico e pratico, che ancor oggi si agitano intorno ai diversi argomenti; riduce la notevole mole della materia in un sobrio lavoro d'insieme facile e piacevole a leggersi.

Assolve il compito, superando felicemente le difficoltà di esso e fa opera utile per chi vuole affrontare con fondamento scientifico nell'esercizio clinico la cura di queste malattie.

GUSSIO.

D. CALZAVARA. *Le pancreatiti.* Stab. Tip. Riuniti, Bologna, 1924.

L'etiopatogenesi delle varie forme di pancreatiti, in particolare modo della necrosi acuta del pancreas, è ancora oggi argomento di vivo dibattito: non è, perciò, senza utilità, un lavoro che, riassumendo quanto finora si è osservato e scritto, ponga a giorno della dibattuta questione. Questo ha fatto il Calzavara nel suo libro nel quale, oltre ad una esposizione ordinata e completa delle varie osservazioni, esperienze e teorie emesse, è riportato un notevole contributo personale sperimentale.

G. MATRONOLA..

BORST. *Patologia generale dei tumori maligni.* Lipsia, 1924. Edit. Hórzel.

È un volume tratto dal libro della clinica dei tumori maligni pubblicato sotto la direzione di Payr e Zweifel in cui sono compendiate tutte le notizie provenienti dal campo sperimentale e da quello anatomo-patologico sulla biologia dei tumori.

È corredato da numerose figure e da ampie notizie bibliografiche.

R. BRANCATI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 26 Dicembre 1924.

Presidenza: Prof. BARDUZZI, presidente.

Del sintoma endoteliale.

L. CORDA. — *Sintoma endoteliale* è la denominazione usata recentemente da *Stephan* per indicare, in speciali condizioni morbose, la comparsa di più o meno abbondanti emorragie cutanee in un territorio del corpo (avambraccio) sottoposto ad una stasi venosa di determinata intensità e durata; cioè quel fenomeno descritto già da circa un quindicennio da *Rumpel* e *Leede* nella scarlattina e, indipendentemente da detti AA. tedeschi, osservato e descritto in Italia da Frugoni e Giugni sotto il nome di « Segno del laccio » nelle diatesi emorragiche primarie o secondarie.

Moltiplicandosi, sopratutto all'estero i lavori sull'argomento, il S. E. è stato via via osservato nelle più svariate condizioni patologiche e in alcune condizioni della vita sessuale femminile che possono rappresentare il rapporto fra lo stato fisiologico e quello morboso (periodo mestruale, gravidanza, climaterio).

Il suo significato è quello di una lesione dell'endotelio capillare sia diretta (per azione cioè di tossine, veleni, scorie del ricambio) sia indiretta (e cioè in seguito a turbe del tòno capillare per affezioni del S. N. simpatico, delle ghiandole a secrezione interna e, come vorrebbe Stephan, dell'apparato reticolo endoteliale in genere e di quello splenico in specie, ove, secondo detto A., dovrebbe porsi il centro della tonificazione ormonica dei capillari).

Ciò premesso, l'O. espone il risultato delle ricerche condotte su 53 individui sani (25 maschi e 28 femmine) e su 206 infermi (prevalentemente donne).

La tecnica seguita fu quella indicata da *Stephan* e che è la seguente: un laccio elastico di 5 cm. d'altezza vien fissato 4 dita trasverse sopra la piega del gomito in modo da far inturgidire le vene dell'avambraccio, ma lasciando il polso radiale sempre ben percettibile, e così lasciato in posto per 5 minuti: il risultato è letto dopo altri cinque minuti.

Con tale tecnica il S. E. fu negativo nei 53 individui normali, mentre nei 206 casi patologici fu positivo 54 volte cioè nel 26,2 %.

Dato il numero relativamente piccolo di osservazioni, l'O. non si ritiene autorizzato a stabilire ulteriori percentuali in rapporto alle singole forme morbose; però, da un punto di vista alquanto generale può affermare la notevole frequenza del S. E. oltre che nella scarlattina, nella poliartrite reumatica (con o senza complicanza endocardica); nelle cirrosi epatiche, nelle nefropatie croniche (sopratutto nelle sclerosi renali). Nella infezione tifosa il S. E. fu assai meno frequente e fu osservato solo negli stadi molto inoltrati. Tra i pochi casi di endocrinopatie il S. E. fu positivo solo in un caso di diabete insipido.

Nella tub. polmonare ed in quella delle sierose il sintoma fu quasi costantemente negativo.

Concludendo l'O. afferma essere il S. E. ben meritevole di una speciale considerazione e dover la sua ricerca entrare nella pratica semeiologica corrente.

ALIQUÒ MAZZEI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Il quadro clinico dell'ascesso subfrenico.

Lo spazio subfrenico non è che una parte della grande cavità peritoneale.

Le affezioni infiammatorie dello spazio subfrenico, non sono altro che peritoniti; nella peritonite diffusa vengono coinvolti entrambi gli spazi sottodiaframmatici della cavità peritoneale. Le aderenze circoscritte che si stabiliscono nelle peritoniti limitate, fanno sì che viene ad essere interrotta la comunicazione esistente fra lo spazio sottodiaframmatico e la grande cavità dell'addome. Le infiammazioni del cavo sottodiaframmatico possono andare dalla forma sierosa alla purulenta. Il Lotsch (*Klinische Wochen.*, 1924) chiama ascessi subfrenici le raccolte circoscritte dello spazio sottodiaframmatico. La causa più frequente di questi ascessi è l'appendicite, poi vengono i processi suppurativi degli altri visceri addominali: delle vie biliari, dello stomaco, duodeno colon trasverso, del pancreas, del fegato, della milza. Non sono da considerare quali ascessi subfrenici le raccolte purulenti retroperitoneali: si ha l'ascesso subfrenico retroperitoneale allorchè la suppurazione retroperitoneale si diffonde al peritoneo dello spazio sottodiaframmatico e determina una peritonite purulenta nel recesso subfrenico della cavità addominale. Nuove prove si hanno inoltre sulle connessioni fra pleura e peritoneo attraverso il diaframma, ma un vero e proprio ascesso subfrenico, consecutivo ad un empiema della pleura, appartiene alle rarità.

Per l'esistenza del legamento falciforme, gli ascessi subfrenici occupano soltanto una metà dello spazio sottodiaframmatico, e le suppurazioni che partono dalle vie biliari prediligono la metà destra, mentre gli ascessi che fanno seguito a perforazioni dello stomaco, si localizzano nella metà sinistra. E poichè la più frequente varietà dell'ascesso subfrenico suole svilupparsi come conseguenza dell'appendicite, e quindi nella metà destra, gli ascessi subfrenici di destra sono i più frequenti. Fra i germi causali, in prima linea, è chiaro, dovremo porre il bacterium coli: il pus dell'ascesso subfrenico avrà perciò odore fetido e conterrà gas putrefattivi se non vi sono penetrati dalla perforazione dell'organo interessato. Come per tanti altri ascessi, anche l'ascesso subfrenico può aprirsi una via attraverso la parete addominale ovvero verso l'albero bronchiale.

La diagnosi di tali ascessi è spesso difficile. Nei casi tipici ed avanzati, alla percussione dell'emitorace affetto si ha suono chiaro polmonare, poi al disotto, una zona ottusa (essudato sieroso pleurico reattivo), più sotto ancora, suono timpanitico, ottusità (raccolta ascessuale) ed afonesi (epatica). Per la diagnosi che a noi importa, però, cioè per la diagnosi iniziale, occorre dar valore ad una febbre che, senza apprezzabili cause, perduri a lungo in malato già sofferente di affezione addominale, alla dolenzia locale, anche lieve. La maggiore importanza va data al reperto radioscopico, e, più che ad altro, alla puntura esplorativa. Con questa è facile in un primo momento togliere del liquido limpido (essudato pleurico) e, sospingendo l'ago, in seguito togliere pus. La puntura negativa, quando ci sia fondato sospetto di ascesso subfrenico, va senz'altro ripetuta.

La terapia è chirurgica.

MONTELEONE.

Gli ascessi subfrenici di destra.

J. Lemperière (*Thèse de Paris* e *Journal des praticiens*, 24 genn. 1925) riconosce le grandi difficoltà della diagnosi degli ascessi subfrenici. Se ne possono avere diverse varietà.

A. della loggia interepato-diaframmatica (che è la varietà più frequente). — Può svolgersi nella profondità dell'ipocondrio, nascosto dalle coste e dare sintomatologia toracica. Quando invece discende fino al colon trasverso, di cui le aderenze alla parete limitano la cavità dell'ascesso, si ha il vasto ascesso subfrenico anteriore destro, a contenuto purulento o piogazoso. I segni sono dati dal dolore, dall'incurvamento della parete, dalla ottusità o sonorità che si manifesta contemporaneamente dietro le coste e sotto il margine costale, dalla sintomatologia diaframmatica. Talvolta si hanno anche segni toracici di versamento purulento o piogazoso alla base destra.

A. pre-epatico. — Tutti i sintomi sono addominali ed al disotto del martine costale: La regione è dolente, la pelle edematosa; si sente alla palpazione una massa sottoepatica o sottocostale. Questi ascessi, di solito, non contengono gas, e si svolgono con segni di purulenza od in modo torpido. Si raccolgono al davanti del fegato, si prolungano al disotto di esso e risalgono più o meno in alto, tra il fegato ed il diaframma.

A. localizzati sottoepatici. — L'evoluzione clinica è somigliante a quella dei pre-epatici; non vi sono segni toracici, nè addominali. L'ascesso

si svolge tra il fegato ed il colon trasverso, dietro la parete addominale; vi sono i segni di raccolta purulenta al disotto del fegato, talvolta ad evoluzione torpida.

Le cause di questi ascessi vanno ricercate nelle suppurazioni del fegato, nella litiasi biliare, nelle ulceri piloriche o duodenali, nell'appendicite.

Per la diagnosi si ricorrerà alla puntura esploratrice, sempre utile, talora necessaria, ed alla radioscopia, che sarà di importanza capitale negli ascessi interepato-diaframmatici.

Il trattamento consiste nell'incisione per la via anteriore epigastrica, verticale o parallela al margine costale, combinata o non con una controapertura posteriore. È di grande importanza il drenaggio di tutti i diverticoli. I risultati sono spesso buoni, malgrado la gravità che presentano questi ascessi, quando non si interviene a tempo. *fil.*

TERAPIA.

La terapia dell'ulcera molle e delle sue complicazioni.

Reenstierna usa a tale scopo un siero immunizzante preparato mediante l'iniezione endovenosa in montoni di colture di streptobacillo di Ducrey, dapprima morte, poi vive. Per la immunizzazione sono necessarie sei settimane; nove giorni dopo l'ultima, si ricava il siero salassando l'animale. Per ottenere un effetto maggiore, si aggiunge un'emulsione di bacilli del tifo, sicchè il siero preparato da tale autore è un prodotto complesso, che contiene, oltre agli anticorpi specifici, anche delle sostanze piretogene. Esso ha l'inconveniente di provocare una reazione febbrile forte ed una reazione locale violenta.

Ma gli effetti terapeutici sarebbero secondo quanto riferiscono C. Nicolle e Durand (*La Presse médicale*, 27 dicembre 1924) ottimi. Sopra 153 individui affetti da bubboni consecutivi ad ulcera molle, si è ottenuta la guarigione rapida in tutti salvo che in otto. Quasi tutti i bubboni, non aperti spontaneamente o non incisi sono guariti in 5-10 giorni, senza mai aprirsi. Le inoculazioni di siero sono state generalmente due, fatte a 3-5 giorni d'intervallo. Gli otto individui che hanno resistito alla cura avevano altre infezioni aggiunte.

Il siero ha anche azione favorevole sulle ulceri stesse, ma è spesso necessario aggiungervi anche la pulizia con il cucchiaio o con le forbici.

Gli AA. preconizzano l'uso di un vaccino antistreptobacillare per via endovenosa. Non danno particolari sul modo di preparazione, limitandosi a dire che l'emulsione deve presentare la stessa torbidezza dell'emulsione del bacillo tifoso che si usa per la sierodiagnosi e che contiene circa 450 milioni di germi per cmc. Per l'iniezione endovenosa si diluisce a metà; se ne iniettano da 1/2 a 2-3 cmc. ogni 2-3 giorni, facendo in totale sei iniezioni. Gli effetti sarebbero soddisfacenti e mancherebbe ogni reazione locale. Tale metodo presenta anche il vantaggio della rapidità, del poco costo della preparazione, e renderebbe superflua la cura locale. *fil.*

La cura dell'ulcera molle con iniezioni endovenose di vaccino antistrepto-bacillare.

Da uno degli ultimi « movimenti terapeutici » del compianto Cheinisse (*La Presse médicale*, 29 novembre 1924, n. 96) ricaviamo che in un recente fascicolo degli « Archives de l'Institut Pasteur de Tunis » Ch. Nicolle pubblicava una serie d'interessanti ricerche, per le quali sembra possibile rendere di pratica applicazione la vaccinoterapia dell'ulcera molle e delle sue complicazioni; egli è infatti riuscito ad approntare un vaccino antistreptobacillare facile a prepararsi e ad usarsi, mentre fino ad ora, per molteplici difficoltà di preparazione del vaccino, tale metodo terapeutico non era correntemente applicabile.

La cura deve essere praticata per via endovenosa perchè le iniezioni sottocutanee o endomuscolari di detto vaccino provocano reazioni locali troppo violente. La prima iniezione, essendo quella ad effetto terapeutico più netto, deve essere fatta con una dose sufficiente: 3/4 o 1 cmc. La dose sarà in seguito aumentata a seconda del carattere e dell'intensità delle lesioni da curare. le iniezioni devono essere praticate ogni due giorni. Nelle forme semplici tre o quattro iniezioni sono sufficienti; l'A. però consiglia di farne qualcuna anche dopo ottenuta la guarigione allo scopo di evitare probabili recidive.

Le iniezioni endovenose di emulsione di bacilli di Ducrey determinano una reazione generale che si inizia abitualmente dopo una mezz'ora circa con brividi più o meno intensi seguiti rapidamente da febbre; la temperatura oscilla tra 38,5-39 e arriva qualche volta anche fino a 40. Tale reazione generale non dura per lo più oltre le 24 ore, raramente si ha uno stato subfebbrile per due o tre giorni.

Nicolle ed i suoi collaboratori hanno esperimentato tale vaccino in 41 malati, con azione curativa costante o quasi. Secondo Jamin i risultati più evidenti di questo metodo curativo si ottengono nei bubboni infiammati ed anche fluttuanti, prossimi ad aprirsi, che si riassorbono invece con la vaccino-terapia; per contro i bubboni già ulcerati traggono minori benefici dalla cura.

La stessa differenza può notarsi tra l'ulcera

semplice e l'ulcera complicata da infezioni secondarie a carattere fagedenico o no.

La vaccino-terapia sarebbe anche la cura più adatta delle ulceri delle mucose (anale e vulvare) per la impossibilità, in simili casi, di applicare una medicatura a permanenza.

Tutti gli AA. che hanno sperimentato tale metodo concludono che la vaccino-terapia dell'ulcera semplice deve entrare a far parte della pratica quotidiana e che per la sua efficacia potrà apportare grandi benefici nella lotta contro tale malattia venerea. V. MONTESANO.

Il trattamento radicale della bartolinite acuta recidivante.

Il metodo di cura più comunemente seguito per la bartolinite è quello dell'incisione, a cui si fanno seguire i lavaggi antisettici ed il tamponamento. Tale metodo è certo migliore di quelli consistenti semplicemente nell'applicazione di cataplasmi caldi per lasciar rompere da sè l'ascesso o, peggio, dell'applicazione del setone, che finisce per provocare la sclerosi dello stroma ghiandolare.

Ch. Thélin (*Revue française de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1924, n. 14) osserva che il metodo dell'incisione però non impedisce le recidive, che possono manifestarsi anche molto tempo dopo l'attacco primitivo. Quindi, si procederà in primo tempo all'incisione ma, se si ha tendenza alla recidiva, si farà poi l'asportazione totale della ghiandola. Questa operazione va fatta sotto anestesia generale, arrivando alla ghiandola per mezzo di un'incisione verticale, che segue esattamente il fondo del solco fra grande e piccolo labbro. La dissezione della ghiandola è lunga e sanguinosa, per i numerosi ramuscoli arteriosi che si incontrano, sicchè l'emostasi esige grande cura. Per evitare che il pus si spanda nel campo operatorio, sarà bene svuotare la ghiandola per mezzo della puntura, prima di incominciare a dissecarne le pareti. Terminata l'escisione ed assicurata l'emostasi, si riempie la cavità con garza allo xeroformio, si suturano le labbra e si lascia uno spazio sufficiente per poter ritirare lo zaffo dopo 48 ore. Dal quarto giorno, si fanno lavature con acqua ossigenata; al sesto si fa alzare la malata e si fanno fare semicupi. In due settimane, la cicatrizzazione è terminata e non rimane che una piccola depressione in corrispondenza del vestibolo. *fil.*

L'opoterapia nelle affezioni cutanee.

La terapia dermatologica è da molto tempo essenzialmente topica; le scarse prescrizioni concernenti il trattamento interno sono date in modo del tutto accessorio. Il mercurio, l'arsenico, gli joduri ne formano la base empirica e la terapia, così diretta contro gli stati vagamente noti sotto il nome di erpetismo, artritismo, ecc., risulta insufficiente. Si tende però ora a riprendere i tentativi di terapia causale, sia per le malattie caratterizzate da disturbi umorali (dermatosi di sensibilizzazione, di cui è tipo l'orticaria), sia per quelle che sono legate a perturbazioni del sistema vago-simpatico o delle ghiandole endocrine. L'azione sul sistema endocrino-simpatico può concepirsi nel senso della opoterapia classica (ormono-terapia) oppure come applicazione diretta sulle stesse ghiandole (galvano- o radioterapia), per cui queste vengono eccitate oppure l'attività di certe loro parti viene inibita. Secondo A. Lévy-Franckel e Juster (*Journal de médecine de Paris*, 1924, n. 30), l'applicazione di tale metodo terapeutico può farsi per le malattie seguenti.

Sclerodermia. Si deve distinguere in tale malattia un disturbo trofico in dipendenza con lesioni del sistema simpatico-circolatorio e compartecipazione leggera delle ghiandole endocrine, ed una sindrome in cui questa compartecipazione è invece primitiva. Nel primo caso, si deve anzitutto agire sulla malattia causale, che è spesso la sifilide oppure la streptococcia associandovi l'opoterapia, che sarà invece la più importante nel secondo. Frequentemente la sclerodermia è legata all'ipotiroidismo, per cui si ricorrerà alle dosi medie di estratto tiroideo. Nei casi in cui si abbia invece ipertiroidismo, si tenterà l'estratto tiroideo a dosi deboli (5-20 mg. della polvere), sorvegliando l'eventuale intolleranza (diarree, palpitazioni, tachicardia, dimagramento), oppure meglio, al siero di animali stiroidati. Se vi è insufficienza contemporanea di qualche altra ghiandola, si farà la terapia plurighiandolare somministrando, p. es., 25 mg. di estratto tiroideo, 10 cg. di quello surrenale, 10 di quello ovarico, 5 dell'ipofisario totale.

Alopecia. Ne esistono due varietà, l'una vascolo-simpatica, generalmente localizzata, in cui si tratta di lesioni delle fibre simpatiche, con perturbazione del sistema circolatorio. L'altra, invece, è connessa con affezioni primitive delle ghiandole endocrine. In tal caso, si devono anzitutto ricercare i piccoli segni dell'ipotiroidismo (freddolosità, geloni, costipazione, indolenza, apatia, sonnolenza, statura bassa), o di ipertiroidismo (vampe di caldo, ipertermia, traspirazione frequente, attività sregolata, magrezza, tachicardia, tremore, congiuntive lucenti); raramente sarà in questione l'ipofisi (sindrome adiposo-genitale) od il surrene. Si darà quindi il preparato corrispondente o si ricorrerà a quelli plurighiandolari, ovvero si userà la corrente galvanica negli ipotiroidei (2 elettrodi da 130 cmq., bagnati, ad ambo i lati del collo; corrente di 10 milliam-

pères, per 30 minuti, tre volte la settimana). Nei casi di ipertiroidismo, si userà la radioterapia sulla regione tiroidea, mediante tre porte, due laterali ed una mediana; 5 H, con filtro di alluminio da 3 mm.; ogni tre settimane.

Disturbi ungueali. Nei casi di origine non parassitaria, si tratta spesso di ipotiroidismo.

Ittiosi. Si otterranno buoni risultati con l'estratto tiroideo continuato a lungo, associandovi, specialmente nei bambini l'opoterapia timica (20-25 g. della ghiandola fresca, o 25 cg. della polvere nei bambini e rispettivamente 100 g. e 50 cg. negli adulti. Anche la cheratosi pilare, che sarebbe una forma attenuata dell'ittiosi, risente vantaggi con l'opoterapia tiroidea od ovarica.

Acrocianosi. L'uso di preparati di post-ipofisi (per iniezioni) può dare notevoli effetti per l'azione vaso-costrittrice.

Psoriasi. Talvolta si ottengono buoni risultati con l'opoterapia (tiroidina, antitiroidina); negli obesi e pletorici, vi si associerà l'ipofisi, in qualche caso l'ovaio. Anche la radioterapia della tiroide, dei surreni, del timo può avere azione favorevole.

Eczema. La terapia interna dell'eczema è tuttora una questione assai controversa e difficile, specialmente perchè questa reazione cutanea si può avere nello stesso individuo in conseguenza delle cause più svariate. Comunque, se si deve riservare una larga parte alla terapia disensibilizzatrice (iposolfito di sodio, calomelano, autoemoterapia), è un fatto che alcuni eczemi risentono notevoli vantaggi dalla opoterapia. Fra questi è da citarsi l'eczema dei poppanti, in cui e indicata la medicazione tiroidea; questa, associata o non, con l'opoterapia surrenale avrebbe dato buoni risultati anche nell'adulto; qualche volta può anche consigliarsi l'ovaio. Certi eczemi vescicolosi sono stati migliorati anche con la diastasi epatica (1 mg. al giorno, per ingestione).

I rapporti dell'acne con la pubertà e con la menopausa debbono far considerare la possibilità di una cura con estratti di tiroide, ipofisi, ovaio, surrene; analogamente per la seborrea, in cui però si ottengono i migliori risultati mediante una terapia simpatica (solanina, belladonna).

Anche certe porpore migliorano con la terapia endocrina, quelle cioè che presentano il quadro dell'emogenia di Emile-Weil (coagulo non retrattile, tempo di sanguinamento prolungato, segno del laccio o porpora provocata, varicosità superficiali) mentre l'assenza del ritardo del tempo di coagulazione le distingue dall'emofilia. Tali casi (per lo più si tratta di donne) sono dovuti talora all'iperfunzionamento ovarico, a perturbazioni della tiroide, ad insufficienza epatica, a disturbi ipofisari e quindi la relativa terapia endocrina è indicata.

L'orticaria risente minori vantaggi dalla terapia disensibilizzatrice; però in qualche caso si può consigliare l'adrenalina. Nella malattia di Dühring (dermatite polimorfa dolorosa ad attacchi successivi) si possono avere miglioramenti con la radioterapia della tiroide, fatta come per l'alopecia. L'opoterapia epatica può consigliarsi nella prurigo e l'adrenalina nei pruriti.

fil.

Trattamento della scabbia nei bambini.

Gougerot consiglia di fare delle lozioni, mattina e sera, con soluzione di polisolfuro di potassio liquido a 1/1000, applicando poi una pomata composta con: Ossido di zinco g. 25; Talco g. 25; Olio di mandorle dolci g. 10; Solfo precipitato lavato g. 5; Solfato di rame g. 0,75. Vi si può aggiungere Balsamo del Perù g. 3-10. Il trattamento va ripetuto per parecchi giorni fino a guarigione, interrompendolo se si osserva irritazione della cute.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Vagotonia e simpaticotonia.

C. Fiessinger (*Journal des praticiens*, 13 settembre 1924) osserva che, dal punto di vista anatomico, i sistemi vago e simpatico si penetrano intimamente e che non è presumibile che, in fisiopatologia, essi si dissocino a tal punto da autorizzare, nel disturbo funzionale di una o l'altra delle due branche, la creazione di tipi morbosi distinti. L'attività del pneumogastrico può essere predominante in molti individui, a certe ore; l'azione del simpatico domina, invece, in altri od in momenti diversi. Lo stesso individuo sarà volta a volta vago- o simpaticotonico e nella pratica la distinzione teorica dei due tipi distinti scompare. Le reazioni all'atropina, speciali ai vagotonici, non impediscono quelle alla pilocarpina, che si riscontrano di solito nei simpaticotonici; così le reazioni all'adrenalina, negli stessi vagotonici possono essere dissociate. Abbiamo quindi dei vagotonici che sono dei simpaticotonici e di questi che sono anche qualche cosa d'altro. Il tipo clinico non è quindi puro, ma è subordinato ad altri disturbi biologici, che imprimono la loro caratteristica.

La denominazione di nevropati, di temperamenti emotivi, con cui si classificavano un tempo questi disturbi, poteva apparire assai vaga, ma almeno non dava una precisione illusoria. L'osservazione quotidiana dimostra sempre più la fusione dei due tipi; specialmente la simpatico-

tonia appare un quadro del tutto artificiale, creato soltanto con l'idea di simmetria a quello della vagotonia, che in realtà si trova alla base di molte specie morbose. Noi possediamo, osserva l'A., nella vagotonia un quadro morboso in cui sono incluse almeno dieci malattie diverse e nella simpaticotonia un quadro in cui non si trova niente del tutto. I medici viennesi hanno anzitutto impiantato la loro classificazione, forzando in seguito i fatti per adattarli alle vedute teoriche.

fil.

Ricerche istologiche nei gangli simpatici nell'angina pectoris.

Tali ricerche, praticate in tre casi sui gangli simpatici cervicali, dal fusiforme allo stellato, da P. Ormos (*Deut. Med. Woch.*, n. 48, novembre 1924), dettero costantemente il seguente reperto:

Diminuzione delle cellule ganglionari, la maggior parte delle quali è in preda a degenerazione granulo-grassosa, e scomparsa progressiva della cromatina nucleare. In uno stadio ulteriore scomparsa anche dei granuli lipoidei, sì che in luogo della cellula ganglionare non si ritrova che un abbozzo cellulare rosa pallido. Al posto delle cellule scomparse appare un tessuto connettivo proveniente dall'avventizia dei vasi e del perinevrio. A poco a poco tutte le cellule spariscono, e le sostituisce il connettivo, in alcuni punti del quale appaiono dei depositi di linfociti, indice del processo infiammatorio.

Poichè in uno dei tre casi non si ritrovò alcuna alterazione delle coronarie, le quali si mostrarono variamente lese negli altri due, l'A., crede di poter ritenere che la causa prima dell'accesso d'angina pectoris vada ricercata nella lesione nervosa.

In relazione a questa poi, per gli stimoli vasomotori ripetuti, sarebbero da porre le eventuali alterazioni delle coronarie, le quali, naturalmente, non fanno che aggravare la sintomatologia dell'accesso.

Ciò spiega i buoni resultati ottenuti nei casi di angina pectoris, trattati chirurgicamente coll'estirpazione del simpatico cervicale.

M. FABERI

POSTA DEGLI ABBONATI.

Infezione luetica in rapporto alla tabe e alla paralisi. — Al dott. N. S. da Boni Salid.

Non si può escludere che una sifilide, decorsa con scarse manifestazioni esterne e sia pure ben curata, possa dopo molti anni dar luogo alla tabe od alla paralisi progressiva specie quando concorrano altre cause (eredità neuropatica, alcoolismo, patemi di animo ripetuti, ecc.).

La sifilide a preferenza dermotropa si può riconoscere fin dal periodo secondario con l'abbondanza e la varietà delle manifestazioni sulla cute e sulle mucose visibili. Bisogna al contrario temere il neurotropismo in quelle forme in cui mancano, o sono scarse, le manifestazioni esterne del periodo secondario. In ogni caso l'esame del liquido cefalo-rachidiano, che molti consigliano di non trascurar mai e di fare anzi sin dai primi mesi della infezione, è un buon mezzo per orientarsi sulla esistenza o no di lesioni iniziali del sistema nervoso centrale. V. MONTESANO.

Al dott. A. S. da Torino:

Consulti: NOBÉCOURT et MALLIÉ: *La thérapeutique du Nourrison*, Masson, éd., Parigi. — NOBÉCOURT: *Précis de médecine des enfants.* Ibidem. — J. COMBY: *Deux-cents consultations médicales pour les maladies des enfants.* Ibidem. *fil.*

Al dott. C. R. da M. d. C.:

Consulti: BORRI, CEVIDALLI e LEONARDI: *Trattato di medicina legale.* F. Vallardi, ed., Milano. Anche la nuova edizione completamente rifusa dello STRASSMANN e CARRARA: *Trattato di medicina legale.* Unione tipografico-editrice, Torino.

Non esistono trattati di clinica medica; sono però pubblicate le Lezioni cliniche di alcuni dei Maestri, come quelle di A. MURRI (Soc. editrice libraria) e di CARDARELLI. *fil.*

Al dott. G. D. B.:

Consulti: LAMY. *La gymnastique respiratoire et la gymnastique orthopédique chez soi.* Baillière, ed., Paris. — J. P. MUELLER: *Il mio sistema*, di cui esiste una nuova edizione che troverà presso qualunque libraio. — F. LAGRANGE: *La médication par l'exercice.* — ID.: *Les mouvements méthodiques et la mécanothérapie.* Entrambi editi da F. Alcan, Paris.

Anche nel recente manuale di B. MASCI. *Tecnica terapeutica ragionata medica e chirurgica* (L. Pozzi, ed. Roma) troverà sufficienti indicazioni sulla ginnastica da camera. *fil.*

VARIA.

Le malattie e la morte di Vittorio Alfieri.

La vita del grande italiano, conosciuto ed ammirato da molti forse più per quel suo « volli, sempre volli, fortissimamente volli » che trasformò il giovane e scioperato patrizio in uno dei più forti poeti della moderna Italia, che non per il suo sfrenato amore alla libertà, è stata da lui stesso narrata in un'autobiografia che è un documento di sincerità e di grandezza d'animo, per la severità con cui colpe e difetti sono messi a nudo.

Dalle sue memorie, quindi, noi possiamo trarre elementi veritieri per conoscere le sofferenze fisiche che travagliarono la sua esistenza, facendogli spesso interrompere la sua opera poetica.

L'Alfieri fu, fin da bambino un essere gracile, malaticcio, poco resistente alle fatiche. Nato da padre sessantenne morto poco dopo la sua nascita, non conobbe, si può dire, le gioie dell'infanzia, tanto precocemente egli fu vittima della tirannide dei pregiudizi di quell'epoca. L'eletta gentildonna che fu sua madre era troppo legata agli usi e alle consuetudini della casta cui apparteneva per permettere al fanciullo quella vita libera da ogni inceppo convenzionale che è necessaria all'infanzia.

Le limitazioni di libertà di cui fu vittima il poeta nei suoi primi anni furono forse la causa non ultima di quell'insofferenza di ogni vincolo di schiavitù che in età matura lo indussero a rinunziare al patrimonio degli avi, e ai suoi privilegi di casta, piuttosto che adattarsi alle leggi degli stati sardi che gli imponevano di chiedere permesso al Re per ogni più piccolo viaggio, e per la pubblicazione di ogni suo scritto.

Sottoposto presto alla tutela di rigidi parenti, per essersi la madre rimaritata, l'Alfieri fu affidato alle cure di un prete da prima, e poi rinchiuso nella Accademia di Torino ove rimase fino a 16 anni.

In collegio era talmente piagato ed infermiccio che i compagni lo chiamavano col significativo appellativo di « carogna ». Per la sua debolezza non era in grado di eseguire gli esercizi fisici, nè tampoco di praticare la scherma, per l'impossibilità in cui si trovava di reggere alla posizione « in guardia ».

Fra i 12 e 14 anni fu colpito da una grave malattia del cuoio capelluto manifestatasi « con uno scoppio universale di tutta la pelle del cranio, con fuorescita in copia d'un umore viscoso ». Gli furono tagliati i capelli e fu costretto a portare la parrucca. Poichè la malattia guarì in breve tempo, e non lasciò conseguenze, è da pensare si sia trattato d'un comune eczema impetiginoso.

Le condizioni di salute del nostro cominciarono a migliorare quando potè liberamente dedicarsi alla vita all'aperto e all'equitazione. Dal cavalcare, egli dice, mi derivò una certa robustezza che mi fece entrare in una nuova esistenza!

Dei cavalli, perciò, egli fu appassionato per tutta la vita; il cavalcare fu l'unico esercizio fisico che si concedeva quando impose a se stesso il duro regime di studio.

Verso la fine del 1773 (egli nacque nel 1749), troncato un amore con una signora di non troppo buona fama, che per qualche tempo lo aveva avvinghiato a sè con gli insaziabili desideri della sua matura sensualità, l'Alfieri fu colpito a Torino da una malattia « non lunga ma fierissima, e straordinaria a segno che i maligni begli ingegni dissero argutamente ch'io l'aveva inventata esclusivamente per me ». La descrizione dei sintomi da lui fattaci, le condizioni di spirito in cui egli si trovava quando la malattia comparve, fanno pensare ad un accesso acuto d'isterismo. Cominciò, infatti, il male con vomiti e singhiozzi ostinati che gli impedirono per più giorni di prendere cibo e bevanda, seguiti da convulsioni generali e violente durante le quali, malgrado estenuato dal digiuno, esplicava una forza così straordinaria che riusciva impossibile trattenerlo per impedirgli di ferirsi. Durò la malattia cinque giorni, e cessò dopo un bagno caldissimo.

Un'altra volta egli, per il distacco da un'amante, tentò di suicidarsi aprendosi le vene.

Altra malattia gravissima l'Alfieri soffrì a 28 anni, durante un viaggio in Alsazia. Si trattava di una dissenteria così acuta ed ostinata da produrre per un certo periodo di tempo persino ottanta scariche nella giornata; era accompagnata da stato algido; durò allo stato acuto per più di 15 giorni e non scomparve completamente che dopo 6 settimane, richiedendo poi una lunga convalescenza.

La malattia, però, che tormentò più a lungo il nostro nell'età adulta, aggiungendo alle sofferenze fisiche quelle morali, derivanti dalla impossibilità in cui più volte si trovò di proseguire la sua opera poetica, fu la gotta.

« Il dolore d'animo » egli dice « e il troppo lavoro di mente erano le due fonti di quell'incomodo; l'estrema sobrietà del vitto andò però sempre vittoriosamente combattendo la mal pasciuta podagra ».

Comparve un primo leggero accesso nel 1782 a Roma; in seguito quasi ogni anno nuovi accessi si manifestarono, aumentando sempre di gravità, malgrado il severo digiuno al quale il poeta si sottoponeva, indebolendo sempre più la sua fibra già defatigata dall'intenso studio.

Alla gotta furono attribuite tutte le malattie che

l'Alfieri soffrì nella virilità; alla gotta la causa della sua morte, a 54 anni.

Che il nostro fosse un soggetto di costituzione, come si è soliti dire, diatesica, non v'ha dubbio. L'eruzione al cuoio capelluto sofferta nella prima giovinezza; le forti emicranie cui egli andava soggetto, di frequente, dopo i pasti pur sempre frugali; « il diluvio di fignoli per tutto il corpo » di cui soffrì nell'estate del 1802, ne danno la dimostrazione. Al fattore costituzionale aggiungasi il tenore di vita condotto dal poeta nella seconda metà della sua vita, e si comprende facilmente come poco giovasse, con una vita fisicamente così inerte « pascere scarsamente la gotta » per mitigare le sofferenze.

Alla gotta fu attribuita anche la sua morte; è un tipico esempio questo della seduzione esercitata nei giudizi diagnostici dal *post hoc ergo propter hoc!*

L'errore di diagnosi appare evidente alla lettura di quanto sull'ultima malattia ci ha lasciato scritto l'abate Caluso che fu amico devoto ed impareggiabile del poeta.

« Il 3 di ottobre (1803) alzatosi in apparenza di miglior salute (aveva sofferto l'Alfieri fin dall'aprile fierissimi attacchi di podagra) e più lieto che da gran tempo non soleva, uscì dopo il quotidiano suo studio mattutino a fare una passeggiata in *faeton*. Ma poco andò che il prese un freddo estremo, cui volendo scuotere e riscaldarsi camminando a piedi, gli fu vietato da dolori di viscere. Onde a casa tornossene con la febbre che fu gagliarda alcune ore, ma declinò sulla sera, e sebbene da principio da stimoli di vomito fosse molestato, passò la notte senza grande patimento. Il dì seguente non potè mangiare. Quindi passò la notte inquieta. La sera del 5 con piacere pigliò, come soleva, la cioccolatta. Ma la notte *fierissimi dolori di viscere* gli sopraggiunsero, e, come il dottore ordinò, gli furono posti ai piedi senapismi, i quali, quando cominciarono ad operare egli si strappò via. La mattina del 7 il medico suo ordinario ne volle chiamato un altro a consulta, il quale ordinò bagni e vescicatori alle gambe. Gli fu dato dell'oppio che i dolori calmò e gli fè passare una notte assai tranquilla... Sabato 8 ottobre alle 6 del mattino egli prese, senza il parere dei medici, olio e magnesia, *la quale dovette anzi nuocergli*, poichè verso le 8 fu scorto già pericolare, e richiamata la signora contessa (l'Albany) il trovò un'ambascia che il soffocava. Nondimeno alzatosi di su la sedia andò ancora ad appressarsi al letto e vi si appoggiò, e poco stante gli si oscurò il giorno, perdè la vista e spirò ».

Abbiamo, adunque, l'insorgere improvviso di brividi di freddo, dolori acuti viscerali, febbre, vomito, anoressia, sintomi mitigatisi col riposo e il digiuno; due giorni dopo nuovi e fierissimi dolori addominali, durati due giorni; la mattina del 6° giorno catastrofe rapida dopo un purgante energico.

Non mi pare difficile diagnosticare un'appendicite acuta seguita da perforazione e da peritonite generalizzata.

Nella vita psichica dell'Alfieri si nota un episodio, pure da lui narrato con la consueta sincerità, che potendo far pensare a un pervertimento sessuale è opportuno mettere nella sua vera luce.

A 7 anni, infatti, fu preso da forte passione amorosa in persona... di un giovane e rubizzo fraticello quindicenne officiante nella chiesa da lui frequentata. La passione fu tale, che il fanciullo cercava ogni pretesto per avvicinare il novizio, soffriva quando non lo vedeva, ne esaltava la figura nelle sue solitarie fantasticherie.

La ragione di quest'amore anormale ci è data dal poeta stesso: « Dal viso di mia sorella in poi io non aveva più veduto usualmente altro viso di ragazza nè di giovane. I visi giovenili dei novizi, non dissimili dai visi donneschi, avevano lasciato nel mio tenero ed inesperto cuore a un di presso quella stessa traccia, e quel medesimo desiderio di loro che mi aveva già impresso il viso della sorella uscita di casa a 9 anni. E questo, insomma, sotto tanti e diversi aspetti era amore !».

Nella sua precocità passionale, adunque, l'Alfieri si invaghì di un giovane frate perchè, nella solitudine in cui egli era costretto vivere, in lui solo ravvisava fattezze femminili!

Che egli, d'altra parte, non sia mai stato un anormale sessuale lo dimostra il fascino che in lui ha sempre e precocemente esercitato l'eterno femminino (i primi suoi versi furono scritti a 14 anni in lode di una donna della quale si era innamorato, la prima che vedeva dopo la clausura del collegio), i numerosi peccati d'amore commessi nella prima giovinezza, e... gli infortuni di Venere da lui confessati.

« In Cadice » egli scrisse « terminai il carnevale del 1772 abbastanza lieto, ma mi avvidi alcuni giorni dopo che io aveva riportato meco delle memorie che alcun tempo durerebbero. A Montpellier consultai un chirurgo di alto grido su i miei incomodi incettati a Cadice. Costui mi ci voleva trattenere; ma io fidandomi alquanto su l'esperienza che aveva ormai contratto in simili incomodi (!) e sul parere del mio Elia che di queste cose mi aveva già altre volte perfettamente guarito in Germania e altrove, proseguii arrivando molto aggravato per lo strapazzo a Torino ».

Solo l'amore alla Musa tragica e il devoto ed impareggiabile affetto per l'Albany strapparono il giovane patrizio dalla vita di dissolutezza alla quale si era lasciato trascinare nella prima giovinezza.

S. DIEZ.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

I limiti dell'assistenza gratuita.

Il divieto della istituzione di condotte per la generalità degli abitanti, stabilito rigorosamente dall'art. 4 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, ha trovato resistenze vivissime, dipendenti in gran parte dalla pressione di interessi egoistici e da consuetudini tradizionali e, in alcuni casi, da situazioni locali obbiettive.

Le amministrazioni comunali, poste fra il divieto inderogabile e la pressione degli interessati, hanno visto una via d'uscita nell'attuazione pratica delle norme concernenti gli elenchi delle persone aventi diritto all'assistenza gratuita, attuazione libera ormai dal freno della preoccupazione finanziaria per la somministrazione gratuita dei medicinali, alla quale corrisponderà presto un elenco diverso.

Ma la determinazione degli stipendi minimi obbligatori ha ristretto di molto il valore pratico di questa via d'uscita, la quale, per altro, non sarebbe stata, in ogni caso, via libera e piana. Non sarebbe infatti nè equo nè facile ricostituire di fatto l'assistenza gratuita per la generalità degli abitanti o quasi, in forma larvata, mediante elenchi esuberanti, a tutto danno del medico e, indirettamente, del servizio pubblico. Già segnalammo questo pericolo e la necessità di efficaci controlli per evitare ed eventualmente reprimere eccessi e deviazioni. Il Ministero dell'Interno si è reso conto di questa esigenza ed ha sospeso la applicazione delle norme concernenti gli elenchi distinti per l'assistenza medica e per la somministrazione dei medicinali, in attesa delle disposizioni regolamentari che dovranno disciplinare l'attività del Comune.

Sicchè, il controllo della formazione degli elenchi, da una parte, la determinazione degli stipendi minimi, dall'altra, hanno ridestato le resistenze al divieto delle condotte per la generalità degli abitanti.

Segnaliamo un caso, assai significativo, desumendone gli elementi da un comunicato che è utile riportare integralmente.

« La riforma del capitolato medico per i Comuni del Lazio e della Sabina in relazione alle disposizioni del R. D. 27 maggio 1923, non aveva condotto ad accordo tra la Federazione dei Comuni e il Sindacato dei medici, inquantochè la discussione si era arenata sulla questione pregiudiziale relativa al mantenimento della condotta piena. Da parte della Federazione si fecero pratiche presso la Direzione generale di sanità per una deroga alla legge o meglio per una interpretazione più lata di essa; ma non fu possibile ottenere una disposizione di carattere generale stante che il criterio della condotta residenziale era già stato adottato in molte Provincie del Regno.

« Perciò la Prefettura avocò a sè la pratica e sottopose al parere del Consiglio sanitario provinciale uno schema di Regolamento che dovrà poi essere approvato dalla Giunta provinciale amministrativa insieme colla determinazione degli stipendi minimi prescritta dal decreto-legge 30 novembre 1923, n. 2888, che modifica la legge sanitaria.

« La Federazione degli enti autarchici, a mezzo del suo presidente on. Igliori, di conseguenza rivolse preghiera al Prefetto perchè volesse soprassedere alla decisione della Giunta provinciale, onde dar modo alla Federazione ed ai sanitari di tentare una ulteriore trattativa e giungere possibilmente ad un accordo.

« Infatti ieri, sotto la presidenza dell'on. Igliori, si è riunito il Direttorio della Federazione enti autarchici del Lazio e della Sabina insieme col rappresentante del Sindacato provinciale della Corporazione sanitaria, del segretario del Sindacato dei medici condotti e di quello dei veterinari, colla presenza del medico provinciale comm. prof. Sirleo, gentilmente intervenuto, per dare schiarimenti sullo schema di regolamento su cui ha espresso parere favorevole il Consiglio provinciale sanitario, e coll'assistenza del segretario generale della Corporazione nazionale sanitaria e del segretario generale della Confederazione nazionale degli enti autarchici.

« La discussione è proceduta serena ed ampia sopra tutti i punti controversi ed è sboccata in un completo accordo fra le parti, sia in merito alla classificazione delle Condotte al numero ed alla assegnazione dei poveri per la sola assistenza medica ed anche per quella farmaceutica, ai compensi ed agli stipendi, sia in merito agli obblighi dei sanitari ed ai loro diritti ».

Prescindiamo dal caso speciale, che non è oggetto di questa nota, essendo intendimento nostro di considerare la posizione da un punto di vista generale.

Da questo comunicato, dunque, risulta: *a)* che la Federazione dei Comuni ha insistito al fine di far stabilire deroghe al divieto, ma non è stata possibile una disposizione *di carattere generale*

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

perchè il criterio della condotta residenziale è stato già adottato in molte Provincie; *b*) che, in occasione della determinazione degli *stipendi minimi*, sono intervenuti accordi circa la classificazione e il numero delle condotte, i compensi, i diritti e gli obblighi dei sanitari.

In genere, gli accordi sono preferibili, anche se importino qualche sacrificio. Ma sembra a noi che si debbano evitare confusioni e, peggio, sistemazioni artificiali e contingenti che vulnerino il sistema della legge. Questo deve essere applicato ed osservato così come è; se risultasse inadeguato, sia modificato. La organizzazione dell'assistenza sanitaria, disciplinata dal R. D. 30 dicembre 1923, poggia essenzialmente sul principio della *gratuità* del servizio limitata ai soli poveri. Questa norma fondamentale è e deve rimanere inderogabile non perchè già applicata in molte provincie — cioè per una considerazione pratica e contingente — ma perchè corrisponde ad una giusta e sana nozione dei limiti dell'assistenza pubblica gratuita.

L'applicazione rigida di questo sistema potrebbe determinare, è vero, in molti casi, specialmente nei Comuni minori, oneri eccessivi per i cittadini che non hanno diritto della cura gratuita; ma la legge stabilisce già un correttivo efficace. La condotta medico-chirurgica, considerata come istituzione di assistenza pubblica — indipendentemente dalla gratuità della prestazione — non è limitata ai soli poveri, ma comprende la generalità degli abitanti. Infatti, i sanitari condotti hanno l'obbligo di prestare, se richiesti, la loro opera anche a coloro che non hanno diritto all'assistenza gratuita, in base a *speciali* tariffe stabilite dai Consigli degli Ordini e approvate dal Prefetto.

È qui, nel sistema delle *tariffe speciali*, il correttivo.

Gli stipendi *minimi* che la G. P. A. deve stabilire, a norma dell'art. 34 del citato decreto, riguardano esclusivamente la retribuzione dovuta dal Comune a *forfait* per l'assistenza gratuita ai poveri.

Non si può, non si deve fare confusione fra rapporti ed obblighi distinti: il Comune stabilisce la retribuzione dovuta per la cura dei poveri, tenendo conto delle circostanze locali, del numero degli assistiti, delle condizioni topografiche, ecc., sulla base, in ogni caso, del *minimo* fissato dalla G. P. A.; coloro che non hanno diritto all'assistenza gratuita, retribuiscono il medico condotto in base a tariffe speciali e possono ridurre gli oneri individuali mediante opportune istituzioni di mutualità.

Entro questi limiti, *ferme rimanendo le direttive che risultano dal sistema della legge*, sono utili e desiderabili gli accordi *di massima*, salvi gli opportuni adattamenti locali; ma ogni altra intesa, spontanea o coatta, in contrasto con le disposizioni e con la finalità della legge, potrebbe costituire oneri ingiustificati per i Comuni, privilegi indebiti per categorie di cittadini e obblighi senza adeguato corrispettivo per i sanitari.

I cittadini che hanno mezzi finanziari devono abituarsi a non riversare sul bilancio del Comune e a non far pesare su quello del medico gli oneri dell'assistenza sanitaria. Essi sono protetti da *speciali* tariffe; possono ridurre ancora la spesa costituendo Casse mutue; ma devono rispettare la legge.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XVI. — Effetti della determinazione degli stipendi minimi.

Ci è stato segnalato questo caso: la G. P. A. aveva stabilito gli stipendi *minimi* per i medici condotti, a norma dell'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923.

Il Consiglio comunale determinò lo stipendio in misura maggiore del minimo in considerazione delle condizioni locali, della onerosità del servizio, ecc. La G. P. A., in sede di tutela, non approvò la deliberazione del Comune perchè ritenne che la misura da essa già stabilita costituisse la retribuzione adeguata e non soltanto una determinazione minima.

L'errore di questo provvedimento è evidente.

I Comuni non soltanto possono, ma devono stabilire lo stipendio in relazione ai diritti quesiti dal medico condotto, alla maggiore o minore onerosità del servizio, al numero delle persone aventi diritto alla cura gratuita e alle condizioni locali, in genere. La determinazione della G. P. A. fissa la misura *minima obbligatoria*, ma non limita il potere di determinazione del Comune oltre il minimo.

Qualora si verifichino casi di illegalità come quello segnalatoci, può essere prodotto ricorso, in sede gerarchica, al Ministero dell'Interno nel termine di giorni *quindici* dalla comunicazione; trattandosi di un provvedimento della G. P. A. in sede di tutela.

Il ricorso al Consiglio di Stato può essere prodotto poi contro il decreto ministeriale che provvede definitivamente sul reclamo gerarchico.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Lo stato sanitario d'Italia in rapporto all'economia nazionale.

(A. CASTIGLIONI. *Economia*, nn. 7-8, 1924).

In questo breve ma interessantissimo lavoro il Castiglioni risponde ai quesiti che, specie in Austria e in Germania, furono posti e vivamente discussi durante gli ultimi anni della guerra: cioè quali gravi ripercussioni lo stato bellico, così esteso e così lungo, avrebbe portate nel campo della salute pubblica e in quello dell'igiene, e soprattutto le conseguenze che ne sarebbero derivate per la generazione dei nati durante la guerra.

Pareva, a giudicare dall'esperienza delle guerre passate, che le conseguenze del conflitto mondiale sarebbero state lunghe e durissime; diminuzione di natalità, peggioramento delle generazioni nate durante la guerra o subito dopo, organismi umani debilitati, minorati, indifesi contro le epidemie, che sembravano inevitabili.

Queste catastrofiche previsioni non si sono fortunatamente avverate in nessuna nazione, e tanto meno in Italia, alla quale in ispecial modo rivolge l'attenzione il Castiglioni.

Dopo la guerra, nonostante il turbamento grave apportato in tutti i fattori del benessere igienico, l'igiene sociale ha ripreso il progressivo cammino ascensionale di miglioramento, arrestato e regredito durante il periodo bellico.

E l'A. ne riporta gli indici eloquenti delle riordinate statistiche.

Cresciuta la nazionalità, superando dal 1919 al 1921 quella prebellica; cresciuta la natalità, che nel 1920 raggiunse le cifre del periodo precedente la guerra, con nati vivi in più che soddisfacente proporzione e scarsa morbilità e mortalità infantile: indici questi da non lasciare preoccupazioni per la razza. Ma quello che più impressiona è un altro dato, fornito dalla Direzione di sanità pubblica e riportato dal Castiglioni: l'indice della mortalità che ha avuto i seguenti quozienti su ogni mille abitanti: Anno 1887 30 0/00, anno 1920 18.77 0/00, anno 1923 16.48 0/00; quest'ultima cifra rappresenta la quota più bassa di mortalità che sia stata mai toccata dalla costituzione del Regno d'Italia in poi.

Il Castiglioni richiama l'attenzione sul valore di queste cifre, e con originali vedute ne mette in rilievo il significato comparativo con altri paesi, dopo avere stabilito un equivalente di struttura demografica.

Le cifre che il Castiglioni, col suo metodo, calcola a questo proposito sono: mortalità per 1000 abitanti nell'anno 1922: Italia 16.5; Germania 16.5; Stati Uniti 17.6; Inghilterra 18.6; Francia 27.3.

Tutto ciò senza tener conto pel nostro paese della sottrazione degli esseri più robusti per effetto dell'emigrazione.

L'A. desume da quest'analisi il soddisfacente stato dell'igiene sociale italiana, il fallimento delle ipotesi pessimistiche sul periodo postbellico, l'ammontare del valore economico di tante vite utili, il benessere sociale, che è il fondamento delle sempre migliori condizioni igieniche ed in pari tempo la efficacia protettiva, ormai dimostrata, della legislazione sanitaria italiana.

Sni.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AMATRICE (*Aquila*). — Interino per servizio seconda zona frazioni; L. 1200 mensili; residenza nel centro. Cavalcatura a carico frazionisti. Domanda Sindaco.

AVIGLIANO (*Potenza*). — Scad. 15 mar.; due cond. di campagna; L. 6000 (prossimo aumento a 8000) e 4 quadrienni decimo; L. 300 per servizio di aiuto all'uff. san.; L. 1500 cav., obbligat.; età lim. 40 a. Certif. pen. a 1 mese; altri docum. a 3 mesi.

BOLZANO (*Trento*). — *Ospedale Generale Pubblico.* — Medico assistente Sezione Chirurgica; stip. L. 3600, oltre alloggio e vitto. Scad. 7 mar.

BRESCIA. *Ospedali Civili.* — Primario anatomopatologo; stip. L. 12,000 iniziali; 4 quinquenni decimo; L. 6000 indenn. carica; partecipaz. proventi laboratorii di chimica clinica e microscopia. Tassa conc. L. 50. Età lim. 45. Biennio di direzione di istituto anatomo-patologico universitario (*sic*). Biennio di prova; conferme quinquennali fino a 65 anni.

BRESCIA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanit. e direttore dei servizi sanitari del Capoluogo; L. 17.500 oltre L. 4000 indenn. servizio e L. 1200 c.-v. se coniugato, L. 780 se celibe; un quadriennio di L. 1700 e uno di L. 2000; divieto dell'eserc. profession. Ab. 100.168. Titoli ed esami. Docum. all'Ufficio del Medico Provinc. non più tardi del 31 marzo. Età lim. 45 a. Chiedere annunzio.

CESA (*Caserta*). — A ore 12 del 10 mar., cond.; L. 7000 e 5 quadr. decimo; età lim. 40 a. Chiedere annunzio.

COTTANELLO (*Roma*). — Al 31 marzo, cond.; L. 10.600 fra stipendio ed indennità comprensiva; L. 50,15 tassa, al Sindaco.

FERRARA. *Arcispedale di Sant'Anna.* — Due medici primari e un chirurgo primario; nomina biennale, conferme sessennali fino a 65 a. per i medici, a 60 per il chirurgo; età lim. 40. L. 10.000 e proventi dei paganti. Lib. doc. in clin. o patol. spec.;

quattro anni di aiuto o assist. in clin. univ. o in reparto grande osp. o tre anni primario capoluogo di prov. (*sic*). Per altre condizioni chiedere annunzio. — Due assistenti aiuti di medicina e uno di chirurgia; nomina biennale e conferme sessennali fino a 45 a.; L. 7000 e proventi dai paganti. Età lim. 32. Quattro anni di laurea e due di assist. effett. in clin. o reparto ospedal. Chiedere annunzio. — Scad. per i sei concorsi: ore 17 del 31 marzo. Rivolgersi segretario.

MELZO (*Milano*). *Ospedale S. Maria delle Stelle.* — A tutto il 31 marzo, med. chir. assistente; L. 6000, oltre c.-v. in L. 1980, alloggio, luce, riscaldam., bucato, partecipaz. proventi ambulatorio e diarie malati paganti. Età lim. 30 anni. Titoli di preferenza: pratica in medic. e chirur. e negli esami di laborat. L'eletto dovrà disimpegn. i servizi sanitari per il Comune. Chiedere avviso.

RIGNANO GARGANICO (*Foggia*). — Scad. 15 mar.; L. 9000 e 5 quadrienni decimo. Età lim. 45 a.

ROMA. — È vacante un posto di assistente presso l'Istituto di Anatomia Umana Normale della R. Università. Inviare subito domanda e certificati di studio al Direttore prof. Riccardo Versari, Roma, Via De Pretis, 92.

ROMA. *Ministero dell'Interno (Direzione Generale Sanità Pubblica).* — I Governi della Tripolitania e della Cirenaica hanno fatto presente la necessità di procedere all'assunzione di nove medici coloniali, per provvedere a riconosciute nuove esigenze di servizio e sostituire altri medici in servizio civile rimpatriati.

Più precisamente, il Governo della Cirenaica ha richiesto cinque nuovi medici coloniali e quello della Tripolitania quattro; questi ultimi da destinarsi tutti nelle località interne della Colonia.

Salvo i miglioramenti che potrebbero essere concessi in avvenire ai sanitari coloniali in conseguenza di una eventuale revisione del trattamento economico del personale straordinario in servizio nella Libia, l'assunzione dei suddetti nove medici viene fatta col trattamento economico attualmente in vigore e cioè: 1° L. 6000 di stipendio; 2° L. 6000 di indennità coloniale; 3° indennità caroviveri concessa col D. L. 19 dic. 1918, n. 2044 e quella successivamente stabilita col R. D. 3 giugno 1920, n. 737; 4° indennità di disagiata residenza nella stessa misura concessa ai funzionari di ruolo provvisti di uguale stipendio, in caso di destinazione in località per la quale detta indennità sia stabilita; 5° aumento di un dodicesimo dello stipendio e dell'indennità coloniale per i primi due bienni di servizio e di un ottavo sulla somma iniziale per ogni triennio successivo.

I nuovi assunti devono inoltre accettare il trattamento giuridico stabilito con D. M. 13 ottobre 1921, n. 2451, del quale si intende abrogata la disposizione dell'art. 16 relativa al trattamento di buona uscita in seguito alla iscrizione dei medici coloniali alla Cassa pensioni sanitari consentita dal R. D. 19 aprile 1923, n. 1000.

Domande al Ministero delle Colonie entro il mese di febbraio. (L'annunzio non ci è stato rimesso in tempo utile. — *La Redaz.*).

SUPINO (*Roma*). — 2ª cond.; a tutto il 15 mar.; L. 7500 e c.-v.; età lim 40 a. Tassa L. 50.10 al tesoriere com. Docum. a 3 mesi. Dalla Congregaz. di Carità assegno di L. 4000 a L. 6000, da ripartirsi in ugual misura tra i due condottati.

CONCORSI A PREMIO.

ROMA. *Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia.* — Concorso al «Premio Tommaso De Amicis», di L. 2000, non divisibile, all'autore del miglior lavoro sopra un argomento di stretta attinenza alle discipline dermosifilografiche. I concorrenti dovranno essere di nazionalità Italiana. Memorie copiate a macchina o stampate, inedite, da inviare, con le norme solite, entro il 31 luglio al segretario della società dott. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio 69, Roma (20), al quale si potrà chiedere l'annunzio e ogni ulteriore schiarimento.

NOTIZIE DIVERSE.

Per la maternità e la prima infanzia a Milano.

Con insolita solennità ebbe luogo nella mattinata del 15 feb. nell'aula magna degli Istituti Clinici di Milano, l'inaugurazione del primo corso per la preparazione di visitatrici sanitarie della maternità e della prima infanzia, fondato per iniziativa della Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali e Cassa Maternità. Intervennero alla cerimonia il sen. Nava, ministro dell'Economia Nazionale, il prof. Messea, direttore della Sanità Pubblica, il prefetto Pericoli, il sen. Indri, presidente della Cassa, mons. Rossi in rappresentanza del cardinale arcivescovo, l'assessore prof. Bertazzoli, l'avv. Fabbri per la Deputazione provinciale, la sig.ra Norsa Pisa per la Cassa di Maternità e inoltre un folto pubblico di medici, di filantropi, di signore.

Il sen. Mangiagalli pronunciò il discorso inaugurale esponendo le grandi linee dell'igiene della maternità e dell'infanzia: le nuove provvidenze consistono da un lato nell'insegnamento della Clinica del lattante e dell'igiene della prima infanzia, che verrà impartito nell'Università, ed è destinato a diffondere fra i medici la conoscenza delle grandi risorse di queste branche dell'arte sanitaria moderna; dall'altro lato nei corsi per visitatrici sanitarie della maternità e della prima infanzia: tali visitatrici costituiranno il *trait-d'union* fra le provvidenze centrali e coloro, a beneficio dei quali queste vanno applicate: giovani madre ancora ignare dei loro diritti e dei loro doveri, infanti, la cui vita è in pericolo per mancanza della necessaria assistenza. L'istituzione di quattro cattedre ambulanti di igiene infantile create dal Consorzio antitubercolare per la Provincia fiancheggerà queste istituzioni.

Parlarono anche il ministro Nava, il sen. Indri e il dott. Nicolini.

Il Ministro si recò poi a visitare la vicina Clinica Pediatrica, ricevuto dal prof. Cesare Cattaneo, direttore della Clinica, il quale in una breve allocuzione alluse agli iniziati esperimenti di vaccinazione antitubercolare. Il Ministro visitò anche i locali, che nello stesso edificio sono stati messi a disposizione del prof. Spolverini, direttore della Clinica Pediatrica di Pavia e incaricato dell'insegnamento della Clinica del lattante nella Università milanese.

Il convalescenziario di Asso.

Nel pomeriggio dello stesso giorno venne inaugurata ad Asso (prov. di Como), in una delle più ridenti località della Valassina, la Casa di riposo e convalescenza per operai ed impiegati, dovuta anch'essa all'iniziativa della Cassa nazionale per le assicurazioni sociali. È la prima istituzione del genere che sorge in Italia; sarà gestita dalla Croce Rossa Italiana; avrà per scopo l'accoglimento di operai ed impiegati dimessi dagli Ospedali dopo il periodo acuto delle malattie del lavoro, per trascorrervi il periodo di convalescenza. Consta di tre grandi fabbricati, che formarono l'Istituto dei ciechi poveri della Provincia di Como, la quale ha trovato per gli sventurati altre forme di assistenza. Gli edifici sono stati radicalmente trasformati con modernità di criteri e secondo i suggerimenti della tecnica sanitaria.

Un treno speciale recò sul posto il ministro Nava ed altre autorità, nonchè numerosi invitati. Dopo un breve discorso del gr. uff. prof. Medolaghi, direttore generale della Cassa nazionale per le Assicurazioni sociali, gli invitati hanno visitato la Casa, che dal 15 marzo comincerà ad ospitare i primi operai ed impiegati bisognosi di convalescenza o di riposo.

Società Ostetrico-Ginecologica Pugliese.

È stata promossa da un comitato barese, allo scopo di mantenere l'affiatamento necessario fra colleghi, suscitare utili discussioni, far conoscere un materiale prezioso che oggi va disperso, data la impossibilità di farne oggetto di particolare pubblicazione, elevare il livello culturale della classe, aggiornandola sui problemi più vivi dell'ora, nel campo teorico ed in quello pratico, sull'esempio di quanto viene già fatto in Toscana, nell'Emilia e in Piemonte. La circolare reca le firme di Campione, Colorni, D'Erchia, Gaifami, Jaia, Lastaria, Mirenghi, Ragone, Vergari.

La quota annua sociale è fissata in L. 30 e dà diritto al periodico « La Clinica Ostetrica », organo della Società; è da inviare al prof. Mirenghi (Clinica ostetrico-ginecologica di Bari), il quale funziona provvisoriamente da cassiere.

Per la protezione sociale del lavoro.

Nella Sede della Cassa Nazionale Infortuni si è tenuta l'assemblea ordinaria annuale dell'Associazione Italiana per la protezione sociale del lavoro, sotto la presidenza del sen. marchese Cesare Ferrero di Cambiano. Venne discussa la riforma dello Statuto. Fu approvato un vasto piano di lavoro per il nuovo anno. In dipendenza della riforma dello Statuto, l'Associazione prende il titolo di « Associazione Italiana per la Politica Sociale del Lavoro ». Si procede alla rinnovazione del Consiglio Direttivo e vennero chiamati a farne parte, tra altri, il prof. Devoto e il dott. Magaldi.

Il quarto viaggio di istruzione per medici alle stazioni di cura italiane - V. I. M.

A seguito dei tre precedenti viaggi, che negli anni 1922-23-24 furono effettuati — con larghissimo intervento di medici e con grande successo — a 36 stazioni termali del continente, l'ENIT organizza per quest'anno il 4° V. I. M., dedicato alle stazioni idrominerali e climatiche della Sicilia.

Il viaggio avrà inizio a Palermo il mattino di lunedì 18 maggio e terminerà pure a Palermo il pomeriggio del 25. Esso, come per i V. I. M. passati, si svolgerà in treno speciale. Prima tappa sarà Termini Imerese, per la visita a quelle antichissime Terme. Il giorno 19 i medici sosteranno ai Bagni di Castroreale, località ricca di acque minerali, in posizione incantevole fra capo Tindari e Milazzo, per giungere il pomeriggio a Taormina.

Da Taormina, il 20, sarà fatta un'escursione alle prossime Terme di Alì Marina, con ritorno a Taormina il giorno stesso. Il mattino seguente i medici proseguiranno da Taormina ad Acireale, per la visita a quelle celebrate Terme di S. Venera, e quindi alla vicina Catania, ove passeranno il pomeriggio e vi pernotteranno. Il giorno 22 i medici si recheranno a Sciacca, ove la giornata seguente sarà spesa nella visita delle Terme e delle Stufe di S. Calogero. Il 24, partendo da Sciacca sosteranno alcune ore a Selinunte, per visitarvi le grandiose rovine dei templi greci, e proseguiranno quindi per Palermo. A Palermo nella giornata del 25, ultima del viaggio, saranno visitati la Casa del Sole, importante istituto elioterapico, lo stabilimento balneare di Mondello e l'Ospizio Marino dell'Acquasanta.

La quota di partecipazione al V. I. M. è fissata in lire settecento; inoltre i partecipanti godranno di speciali riduzioni per portarsi dalla loro residenza a Palermo e viceversa.

Le iscrizioni si ricevono sin d'ora presso l'Ente Nazionale Industrie Turistiche, 6, via Marghera, Roma (21). — Esse saranno chiuse appena raggiunto il numero di 150 iscritti, ad ogni modo non oltre il 15 aprile.

Corso di perfezionamento in igiene.

Si terrà nell'Istituto d'Igiene di Catania dal 15 marzo al 15 maggio. Possono iscriversi medici, veterinari, chimico-farmacisti, chimici puri, dottori in scienze agrarie, in scienze naturali e diplomati in farmacia, aspiranti a cariche sanitarie.

Tassa L. 300, oltre una quota complessiva di lire 100 per sopratassa di esame, dritti di segreteria, diploma ecc., da pagarsi all'Economato della R. Università. L'iscrizione verrà chiusa il 10 marzo corr. Il candidato deve essere provvisto di microscopio.

Corso per medici di bordo.

Un corso di preparazione per la carriera di medico di bordo si terrà presso l'Università di Padova a partire dal 2 aprile; si svolgerà a Padova ed a Venezia. Tassa di L. 500.50; sopratasse e diritti L. 65.80. L'annunzio può richiedersi al rettorato.

Corso di igiene e di assistenza medica infantile della Croce Rossa Italiana.

La Croce Rossa Italiana inizia il 2 marzo 1925 il IV Corso di Igiene ed Assistenza Medica Infantile presso il Preventorio Emilio Maraini in via del Rubicone 7 in Roma.

Il Corso ha lo scopo di offrire ai medici la possibilità di seguire da vicino i risultati acquisiti nella moderna tecnica di igiene ed assistenza all'infanzia, affinchè essi possano volgarizzare tali conoscenze nei luoghi dove eserciteranno il loro ministero. La Croce Rossa Italiana considererà il diploma conseguito in tale corso come titolo di preferenza per le eventuali campagne di propaganda che si dovessero organizzare.

Il Corso si svolge sotto la direzione del prof. F. Valagussa e dura fino al 15 giugno con la collaborazione dei proff. L. Sympa, R. Della Vedova, Casotti, R. Maggiora, A. Ilvento, E. Gualdi, T. Mancioli, O. Serena.

L'iscrizione è completamente gratuita per tutti i laureati in medicina e chirurgia che abbiano conseguito il diploma di perfezionamento in igiene o siano inscritti a tale Corso. Rivolgersi al Comitato Centrale della C. R. I., via Toscana 12, Roma.

A chiusura del corso verranno assegnati cinque premi.

Corsi di dermatologia e di venereologia.

Presso la Facoltà Medica di Parigi, sotto la direzione del prof. Jeanselme, nell'Ospedale Saint-Louis, avranno luogo: un corso complementare di dermatologia dal 22 aprile al 25 maggio; un corso complementare di venereologia dal 27 maggio al 24 giugno; lavori pratici di laboratorio, in cicli di sei sedute ciascuno. Tasse: 150 franchi per ogni iscrizione. Le iscrizioni si ricevono alla segreteria della Facoltà, rue de l'École de Médec. (guichet n. 4). Per i programmi e per ogni informazione rivolgersi al dott. Burnier, Hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin (40, rue Bichat, Paris 10^e).

Nella stampa sanitaria.

« La Riforma Ospedaliera » ha per programma di sostenere le tendenze delle Amministrazioni Ospedaliere, le quali mirano: *a*) a creare una coscienza ospedaliera, stabilendo che l'assistenza negli Ospedali non è dovere caritativo, di pietà, ma funzione sociale per restituire alla società un valore temporaneamente impotente per malattia; *b*) a dare completa autonomia finanziaria agli Ospedali; *c*) a far assegnare ai sanitarî la direzione effettiva degli **Istituti di cura.**

È uscito il primo numero della rivista della Croce Rossa Italiana: « La Crociata ». Questo primo numero, che contiene fra l'altro, scritti di Antonino Anile, di Franco Savorgnan, di Piero Misciatelli, di Ada Negri, di G. A. Borgese, si apre con un articolo del sen. Giovanni Ciraolo, presidente della Croce Rossa Italiana, nel quale si dà ragione dei motivi per cui è sorta la rivista, intesa a formare una coscienza igienica nazionale, a promuovere una corrente di opinione pubblica che determini la revisione del tenore di vita del popolo e della struttura stessa delle città e delle campagne, a instaurare una politica della salute della nazione.

Gli « Archivos Americanos de Medicina », che iniziano la pubblicazione col 1925, sono diretti da G. A. Alfaro, L. Morquio. A. de Castro, C. Monckeberg: è quanto dire i maggiori esponenti delle scuole mediche dell'Argentina, dell'Uruguay, del Brasile e del Cile; annovera tra i redattori una falange di studiosi e clinici di valore; vuol essere il portavoce dei medici sud-americani. Il primo numero è assai promettente.

Ai nuovi periodici il nostro benvenuto.

Beneficenza.

Monsignor Angelo Paino, arcivescovo di Messina, ben noto per l'illuminata filantropia, ha offerto un milione di lire per l'erezione di un sanatorio antitubercolare e 60 mila lire per acquisto di radio da destinare alla cura del cancro.

Onoranze al prof. Patella.

Il 1° dello scorso febbraio nell'aula della Clinica Medica della Università di Siena venne solennemente festeggiato il venticinquesimo anniversario dell'insegnamento clinico a Siena del prof. Vincenzo Patella. In tale occasione gli allievi attuali e passati dell'eminente clinico gli offrirono una grande e artistica medaglia d'oro, e gli studenti gli fecero dono di una bellissima pergamena. Il prof. Patella pronunciò una dotta orazione rievocando i suoi maestri, ricordando la sua opera scientifica ed inneggiando alla vera Scuola clinica sempre sovrana nello studio del malato.

La cerimonia riescì solenne e commovente quantunque, per volontà del festeggiato, si sia svolta nell'ambito ristrettissimo della sua Scuola.

Alla memoria di Alberto Riva.

Come abbiamo già annunziato nel N. 3, un comitato promotore ha deciso di rievocare e fissare in una targa di marmo la figura e l'opera del Maestro che coll'insegnamento e coll'esempio ha educato tante generazioni di medici nell'ateneo parmense. Dell'elenco dei sottoscrittori verrà formato

un *album* da consegnarsi agli Archivi dell'Università. Per offerte e per informazioni rivolgersi al prof. Mario Varanini (via XX Marzo 10, Parma).

Convegno di medici.

I membri del Consiglio amministrativo dell'Ordine dei medici e del Direttorio del Sindacato medico di Roma, si sono adunati in amichevole convegno la sera dei 12 febbraio u. s.

Questo convegno aveva lo scopo di confermare l'accordo, già cordialmente stabilitosi fino dall'anno passato durante gli ultimi mesi di carica del precedente Direttorio, con il nuovo Direttorio, di cui è segretario il prof. Roselli.

Parlarono il prof. Gallenga, presidente dell'Ordine, il prof. Roselli, e ambedue spiegarono chiaramente come sia nell'interesse della classe medica che le due organizzazioni, quella voluta dalla legge e quella volontaria, agiscano parallelamente e armonicamente. Esse hanno costituzione, mezzi e fini in parte diversi, ma che si completano. I medici della provincia di Roma da questa fusione di forze e di volontà non potranno che averne vantaggio, e così pure potrà facilitarsi la risoluzione di molti problemi di assistenza sanitaria e di profilassi igienica.

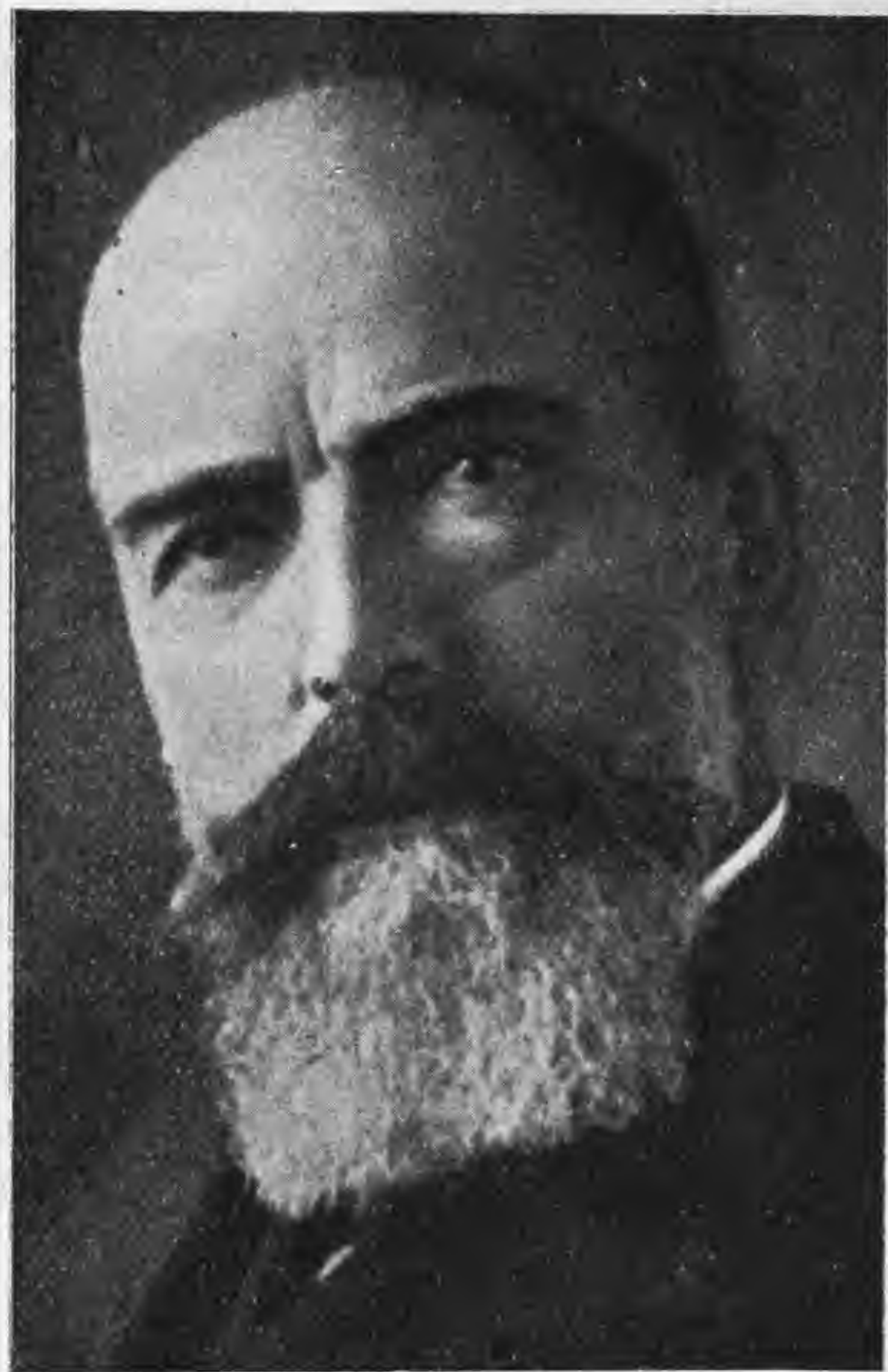
Un processo per la limitazione delle nascite in Inghilterra.

Si è svolto tra la dott.ª Marie Stopes e il dott. Halliday Sutherland, accusato dalla prima di denigrazione.

Dal tribunale comune attraverso la Corte d'appello, il processo è giunto alla Corte suprema, destando un enorme scalpore. Si è risolto con una lieve condanna del Sutherland. Le due parti contrarie proclamano di aver conseguito la vittoria; certo dal processo è derivata una forte *réclame* ai « limitazionisti » delle nascite.

GIORGIO NICOLICH, morto giorni sono improvvisamente a Trieste, in età di 73 anni, era il più noto e degno rappresentante della classe medica di Trieste e di tutta la Venezia Giulia, e il più antico e illustre cultore italiano di chirurgia urinaria.

Nato a Venezia nel 1852 e laureatosi a Padova nel 1875, dovette, residendo a Trieste, prendere una nuova laurea a Graz nel 1876 per entrare in quell'Ospedale Civico, dove percorse tutti i gradi della carriera fino a divenirne primario nel 1886, dirigendovi il reparto chirurgico e dermosifilopatico, che poi, staccatasi la divisione chirurgica, divenne il reparto per le malattie cutanee e veneree, ma per le speciali attitudini e tendenze del Nicolich prevalentemente un servizio urologico. Quivi egli acquistò la sua profonda esperienza in chirurgia urinaria, che più che negli scritti si manifestò nella pratica estesa, e si guadagnò bella fama, tanto che il suo reparto venne frequentato da numerosi giovani, che fra noi si dedicarono a questa branca speciale, sicchè si può dire che quasi tutta la nuova scuola italiana di urologia ha preso da lui gran parte d'insegnamenti.

I suoi contributi furono prevalentemente nelle Società e nei Congressi scientifici; nella Società Italiana di Chirurgia, cui apparteneva fin da molto tempo prima della liberazione di Trieste, nella Società francese e tedesca di urologia, e in quella Internazionale, di cui fece parte, prima fra i soci austriaci, e poi, finalmente, dopo il 1918 della nuova ricostituita come delegato per l'Italia.

Notevoli sono le sue memorie sulla sclerodermia negli adulti e sul metodo di cura Scarenzio nella sifilide; nel campo urologico da ricordare soprattutto il capitolo sulle malattie della vescica, dettato pel trattato italiano di chirurgia, la memoria « sugli errori in chirurgia urologica », saggio pieno di buon senso e di pratici ammaestramenti; le pubblicazioni sulla calcolosi renale, sulle nefriti ematuriche, sulla malacoplachia vescicale, sull'embolia gasosa da insufflazione della vescica: anche recentemente mostrò la sua bella combattività ed onestà scientifica, denunziando gli abusi e gli eccessi della radioterapia nei tumori vescicali.

Della nuova Società italiana di urologia, che risorse dopo la guerra, fu uno dei fondatori, e unanimemente acclamato Presidente, come fu Presidente del Congresso che la Società Italiana di Chirurgia volle tenere subito dopo la liberazione nel 1919 in Trieste, e in cui gli furono compagni

come Vice-Presidenti il Rostirolla di Trento e il Grossich di Fiume.

Da Firenze gli venne proposta la libera docenza in Urologia per meriti speciali, e dal Consiglio Superiore conferita con voto unanime, di cui ebbi l'onore di essere relatore: e mai credo libera docenza fu più giustamente decretata.

Il suo unico figlio, anch'egli dottore in medicina, studente in Italia allo scoppio della guerra, vi prese parte nel nostro esercito come combattente di truppa, e ognuno può immaginare l'ansia del Nicolich e dei suoi in quegli anni, privi quasi in tutto il periodo di notizie precise, e soggetto egli a pressioni e richieste dalle autorità e dalla polizia per l'assenza del figliuolo che si sapeva in Italia, senza riguardo alla sua età e alla sua alta posizione professionale e civile!

All'urologo illustre, all'operatore coscienzioso, al professionista onesto, al cittadino esemplare vada reverente l'omaggio della chirurgia italiana.

ROBERTO ALESSANDRI.

Il 17 gennaio mancava il dott. PIETRO CONTI, medico primario dell'Ospedale Maggiore di Milano. Nato a Lugano nel 1852, laureatosi a Pavia nel 1877, fu assistente del Di Giovanni, medico di S. Corona e poi nel 1894 primario dell'Ospedale Maggiore di Milano, posto che tenne con grande onore sino al 1923.

Clinico valente, fine diagnosticatore, lascia pregevolissime pubblicazioni su argomenti di clinica medica generale. *a. c.*

Profondamente addolorati annunziamo la perdita del prof. GAETANO GAGLIO.

In un prossimo numero daremo la biografia di questo grande farmacologo.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Studium, 20 ott. — A. CARTARELLI. Isterismo maschile con melanconia e paralisi totale. — C. SINAPI. Patologia professionale degli zincografi di Napoli. — S. FAZIO. La tosse nelle fratture clavicolari.

Journal A. M. A., 11 ott. — B. T. TERRY. Diagnosi di malignità dei tumori. — H. W. E. WALTHER e C. L. PEACOCK. La diatermia.

Lancet, 25 ott. — A. T. GARROD. I debiti della scienza verso la medicina. — H. CRICHTON-MILLER. Inter-azioni psico-fisiche.

Brit. Med. Journ., 25 ott. — R. D. LAWRENCE. Gozzo esoftalmico trattato con l'insulina.

Presse Méd., 25 ott. — P. BERTEIN. Le mastoiditi latenti nelle otiti medie acute.

Revue Méd. Suisse Rom., ott. — H. SAHLI. La lotta dell'organismo contro il bac. della tbc. — G. TURRETTINI, Il flutler auricolare.

Arch. de Méd., Cir. ecc., 25 ott. — F. S. COVISA e F. BAJERANO. Rapporti tra dermatosi e secrezioni interne.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 ott. — Numero sulla profilassi della tbc.

Soc. Méd. d. Hô., 23 ott. — P. LEREBOULLET. L'anatossi-reazione di Zoeller nel fanciullo. — SÉZARY e BENDA. Curabilità dell'emiplegia da arterite sifilitica. — C. FLANDIN e A. TZANCK. L'iniezione d'arseno-benzene.

Journ. de Méd. de Paris, 25 ott. — GONDRAY. Trattam. delle emorroidi con le iniez. sclerosanti.

Arch. Mal. Appariel Digestif ecc., ott. — SNAPPER. Spettroscopia del sangue nelle feci.

Bull. Ac. Méd., 14 ott. — TUFFIER e BOUR. Fecondazione e gravidanza dopo innesti ovarici ed ovulari.

Indice alfabetico per materie.

V. ASCOLI, Red. resp.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier.

ANNO XXXII Roma, 9 Marzo 1925 Fasc. 10

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI FARMACOLOGIA DELLA R. UNIV. DI MILANO.

China - alcaloidi della china e malaria.

Nota del prof. ADRIANO VALENTI, direttore.

Per quanto con l'applicazione della nostra ammirevole ed ammirata legislazione antimalarica, che si inizia tra il 1900 e il 1901 con il servizio del chinino di stato e con la sua somministrazione gratuita, la mortalità e la morbosità per malaria in Italia sia andata continuamente e fortemente diminuendo, tantochè la mortalità discendeva da 490 per un milione di abitanti, quale era nel 1900, a 57 nel 1914, tuttavia non vi ha dubbio che la infezione malarica rappresenta ancora — e non solo per noi italiani — una delle malattie sociali che più richieggono la vigile e ferma attenzione sia dei pubblici poteri sia degli studiosi delle scienze mediche e biologiche. Perchè la lotta antimalarica veramente polimorfica non può che procedere « viribus unitis » se vuol raggiungere sua mèta. A noi farmacologi interessa sopratutto il lato chimico della complessa battaglia, e cioè l'uso degli alcaloidi della china per la cura e la conseguente profilassi di questa forma morbosa: nè il nostro intervento, per la ragione che oggi è assai diffusa pur tra il volgo la conoscenza dell'azione della chinina nella infezione malarica, può sembrare superflua, perchè sembra purtroppo che su questo alcaloide pesi ancora la invettiva di Chifflet (1653) e quella di Plempf (1656) che chiedevano per la polvere di china « le maledi-

zioni delle generazioni future ». Avviene infatti per la china rispetto alla malaria quello che avviene per la vaccinazione Jenneriana rispetto al vaiuolo, che cioè havvi una inafferrabile ma diffusa riluttanza a servirsene, e non solo da parte dei profani, ma talvolta persino dai medici. Ecco perchè, specialmente dopo la guerra, che portò una forte recrudescenza dell'infezione, in tutta l'Europa e nell'Asia si è da più parti ripresa la predicazione dell'uso della chinina nell'infezione malarica. Così da poco più di un anno W. Fletcher, nelle sue note sul trattamento della malaria con gli alcaloidi della china, lamentando questa specie di resistenza passiva all'uso della chinina scriveva: « degli articoli facenti allusione alla futilità del trattamento chininico sono comparsi recentemente sui giornali inglesi, dove essi probabilmente non attirano che scarsa attenzione e fan perciò poco male: tuttavia i medici che hanno una lunga esperienza della pratica tropicale debbono riconoscere la verità del seguente estratto di un articolo comparso in un numero recente dell'« Indial Medical Gazette »: « Ciò che si deve rivendicare per la chinina si è che quando essa è impiegata correttamente è capace di alleviare rapidamente i disturbi dovuti al parassita della malaria, e che quando essa si continui a somministrare correttamente impedisce ai parassiti di causare la morte o dei disturbi serii al malato... egli è perciò criminale di fare qualunque cosa che sia per distogliere l'ammalato dall'impiego di questo rimedio suscettibile di salvare la sua vita e la sua salute », e poco dopo aggiunge: « se, come l'esperienza afferma, la chinina è realmente lo specifico della malaria, allora ogni successo della campagna condotta contro il suo impiego avrà per risultato la moltiplicazione dei morti dovuti a questa malattia ». E Le Dantec, pure poco più di un anno fa, al XVIII Congresso francese di Medicina a Bordeaux ribadiva · « non vi ha nella malaria che un solo trattamento specifico: la chinina ». Ed allora sia permesso anche a noi di far sentire la nostra modesta parola di studiosi, perchè quando si rifletta che la base granitica della lotta antimalarica, per quanto poliedrica, rimane e rimarrà la cura razionale e radicale del malarico, bisogna continuare a ripetere senza stancarsi di tener fede al farmaco che per esperienza quattro volte secolare ha salvato la vita a milioni di uomini, e che sintetizza l'arduo e prodigioso lavoro del naturalista, del chimico, del biologo e del clinico.

Che ci sia ancora qualche questione di dettaglio da risolvere nel complesso meccanismo intimo dell'azione della chinina sui parassiti malarici; che rimangano ancora da chiarire alcuni curiosi fenomeni che possono sopravvenire nella cura della malaria cronica con la chinina, come la così detta febbre paradossale da chinina o la emoglobinuria; che ci sia da studiare la ragione delle forme malariche o meglio dei malarici chinino-resistenti, tutto questo è ben degno di indagine, e siamo già del resto per alcune questioni molto innanzi nello studio: ma ciò non può in alcun modo influire sulla conoscenza fondamentale ed ormai indubbia dell'azione specifica chemioterapica della chinina e di altri alcaloidi della corteccia di china sulle varie forme di ematozoi. E chi ancora ne dubita vuol dire che non ha presente tutto il cumulo enorme di ricerche compiute sopra questo argomento, specialmente in Italia. Così ad esempio il riportare di nuovo in discussione la questione dell'azione diretta amebicida della chinina, perchè si è visto che si può far insorgere nei paralitici progressivi l'infezione malarica — è questo l'ultimo metodo di cura proposto! — iniettando loro per via endovenosa del sangue defibrinato di malarico anche dopo essere stato a contatto per cinque ore con della chinina in concentrazione all'1:5000, significa ignorare o non voler tener conto di cinquanta anni di tenace lavoro particolarmente nostro. Perchè è ormai arcinoto dalle prime ricerche di Golgi a quelle successive di Marchiafava e Bignami e poi di Romanowski giù giù fino a quelle di Schaudinn che la chinina agisce sul parassita quando questi percorre le prime fasi dello sviluppo schizogenico, tanto da essere capace di impedirne l'ulteriore regolare evoluzione, mentre ciò non è più possibile a segmentazione iniziata; è risaputo che sul ciclo sessuale del parassita la influenza della chinina è assai scarsa, per cui i gameti, pur dopo una chininizzazione prolungata e intensa, sono capaci di emettere flagelli e di svilupparsi nelle zanzare, come ha dimostrato la scuola di Roma e confermato Schaudinn. Ed allora qual meraviglia che il sangue di un malarico, pur dopo lungo contatto con la chinina, possa trasmettere ancora l'infezione? Del resto è ormai vecchio di trentanove anni l'esperimento di Gualdi e Antilosei che, avendo iniettato in un uomo sano del sangue di un malarico fortemente chininizzato, non solo riprodussero la infezione malarica, ma, mentre nel sangue del primo malarico non esistevano che delle forme semilunari, videro invece comparire in quello dell'iniettato, dopo due giorni di febbre, delle forme ameboidi. Ed è indubbiamente questa particolare resistenza che in alcuni periodi della loro evoluzione presentano i parassiti alla chinina una delle cause delle recidive. Ma di grazia con quale altro farmaco chemioterapico si ottiene la « sterilisatio magna »? e chi tuttavia oserebbe negare l'azione elettiva di alcuni farmaci sopra alcuni germi spe-

cialmente nelle forme di spirillosi e di tripanosomiasi? Del resto vi è ormai una tale congerie di lavori dimostranti la specificità della chinina sulle forme ameboidi tanto nel campo degli studii biologici che clinici che ogni dubbio è impossibile. Dalle ormai antiche e classiche ricerche di Binz sui leucociti, i quali possono considerarsi come vere amebe, fino alle esperienze del Giemsa (1908) è tutta una lunga teoria di sperimentatori che dimostrano come le soluzioni di chinina sono, a seconda della concentrazione, capaci di modificare nei protozoi la mobilità dei prolungamenti, il numero e la contrattilità dei vacuoli, la loro evoluzione, e di alterare la colorabilità e la struttura sia del protoplasma cellulare che del nucleo. Ed è ormai pacifico che ancor più evidenti e marcate sono le alterazioni che la chinina porta sugli ematozoi. Così il plasmodium praecox della quartana, osservato dopo chininizzazione sia nei preparati a fresco che colorati, fa vedere il suo protoplasma raggrinzato ed opaco, mentre il pigmento, alterato nella grandezza dei granuli, assume un riflesso grigio disponendosi in forma irregolare: le forme in scissione non dimostrano più l'aspetto di margherite ma hanno un numero generalmente assai ridotto di merozoiti irregolarmente disposti; anche la colorabilità dei parassiti è modificata. Ancor più spiccate e profonde sono le alterazioni che subiscono gli schizonti del plasmodium vivax della terzana benigna, modificazioni più o meno intense a seconda delle varie fasi di sviluppo. Noi possediamo quindi la prova sperimentale, che è decisiva, della elettività della chinina sui parassiti malarici, particolarmente sui merozoiti, come dimostra anche il fatto che somministrando la chinina quando nel sangue esistono due generazioni, quella in schizogenesi rimane troncata, mentre l'altra che era allo stato di schizonte rimane poco influenzata (Gazzarini).

Ma di questa azione elettiva della chinina sulla infezione malarica, a parte anche ogni questione scientifica, è prova sicura l'effetto terapeutico: basta a questo scopo gettare uno sguardo sulla Tabella IV dell'interessantissima pubblicazione della Direzione di Sanità: « La malaria in Italia ed i risultati della lotta antimalarica » (Roma, Libreria dello Stato, 1924), perchè anche il frettoloso lettore possa subito vedere che con le leggi del chinino di Stato e della distribuzione gratuita dell'alcaloide coincide una precipitosa caduta della mortalità per malaria. Pertanto il dubbio della elettività della chinina sugli ematozoi non è più il dubbio che Galileo chiamava padre dell'invenzione e strada della verità, ma è il dubbio demolitore negativo che uccide e non crea.

Noi già accennammo come invece vi siano nuovi problemi degni di studio, che a questo argomento si connettono, e ve ne sono sia per i chimici che per i farmacologi che per i clinici.

Nel campo chimico la sintesi della chinina che Liebig definì la più nobile mèta che potesse proporsi la chimica è ancora questione viva per quanto di difficile soluzione: ma assai bene avviati sono invece gli studi sulla trasformazione ed utilizzazione degli alcaloidi secondarii della corteccia di china, e della cupreina ricavata dalle piante del genere Remija. Ma di questo argomento, molto importante dal punto di vista economico, mi riserbo di scrivere ulteriormente.

Dal punto di vista farmacologico sarebbero di grande interesse studi di dettaglio circa il comportamento ed il deposito negli organi della chinina durante la somministrazione molto prolungata delle piccole dosi, mentre sarebbe necessario approfondire l'indagine del meccanismo di adattamento alla chinina dei germi sfuggiti all'azione del farmaco e rifugiatisi negli organi.

Dal punto di vista clinico interessano ora assai quelle che Nocht ha chiamato febbri paradossali da chinina, e Ross e Thompson febbri pseudo recidive, accessi febbrili che insorgono improvvisamente e con una certa intensità durante la chinizzazione prolungata. A questo riguardo mi par che valga la pena di ricordare alcune mie ricerche di parecchi anni fa, che allora non ebbero altro scopo che di studiare il meccanismo del rimpicciolimento del volume della milza per azione della chinina, ma che mi pare vadano assumendo sempre maggiore importanza. In quelle ricerche istologiche potei stabilire che la diminuzione di volume della milza per la chininizzazione continuata di cani e di conigli, anzichè ad una contrazione dell'organo per eccitamento delle sue fibre muscolari liscie, fosse da ascriversi ad uno svuotamento per sfuggita dall'organo di una grandissima parte dei suoi elementi mobili (leucociti), di cui il parenchima splenico è tanto ricco. Di ciò diedi la riprova studiando il comportamento del midollo osseo, il quale si comporta allo stesso modo, pur non potendosi parlare di contrazione delle sue fibre muscolari liscie. Assai notevole mi sembra poi oggi la dimostrazione data allora che altri organi linfoidi, (tonsille, apparecchio di Waldayer, placche di Payer) non subiscono invece nessuna modificazione, anche dopo prolungata chinizzazione. Ora quando si rifletta che la malaria cronica altera profondamente e specificatamente quei due organi — milza e midollo osseo; che quivi si annidano, e sopratutto nella milza, i parassiti malarici sfuggiti all'azione della chinina nel sangue; che, ivi annidatisi, meno risentono dell'azione dell'alcaloide, possono elevarsi delle ipotesi ca-

paci di illuminare l'oscuro meccanismo delle febbri paradossali da chinina. Così potrebbe pensarsi che, nella somministrazione prolungata della chinina, gli ematozoi, ricoveratisi nella milza, possano sfuggire allo stesso modo che sfuggono i leucociti, e che, rientrando in circolo, possano dar luogo ad altri accessi febbrili. Vero è che si afferma che in questi attacchi febbrili generalmente non si trovano parassiti nel sangue, ma forse occorrerebbe per una tale sicura affermazione più larga riprova. Del resto lo stesso Nocht ammette che alle volte si hanno delle vere e proprie recidive provocate dalla somministrazione cronica della chinina.

Ma un'altra ipotesi potrebbe comunque essere elevata, e cioè che i parassiti malarici, annidatisi in quegli organi, possano formare delle sostanze pirogene normalmente neutralizzate dalla complessa azione chimica e biologica dei leucociti, di cui è ricchissimo il loro parenchima, e che con lo sfuggire di questi elementi mobili, venendo a cessare una tale azione, le sostanze pirogene diano luogo ad accessi febbrili senza parassiti.

Comunque son questi problemi degni di studio, come l'altro del valore terapeutico associativo nella malaria cronica della chinina con i preparati organici di arsenico. Già qualche cosa si intravede in questo campo, e conviene insistere, appunto perchè con l'annidarsi negli organi, e con la continuata somministrazione di chinina, come dapprima « in vitro » da Lomonaco e Panichi e poi clinicamente è stato sicuramente dimostrato, i parassiti divengono assai più resistenti all'azione degli alcaloidi della divina corteccia.

Come vedesi nel vasto piano di questa formidabile lotta contro un nemico potente vi sono ancora tanti dettagli da chiarire; ma la base granitica dell'azione specifica della chinina sugli ematozoi rimane saldissima, ed ogni discussione è dannosa. Sydenham chiamava la china: *Anchora sacra salutis*, e tale rimane, anche se la scienza, nella necessità di infiggere sempre più profondo lo sguardo linceo, ha prospettato nuovi ed ancora oscuri problemi. Non altrimenti l'ombra delle eclissi delinea più nettamente la luminosità degli astri!

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Cisti ematiche del grande epiplon. (1)

Prof. SERTORIO MARINACCI, libero docente, chirurgo negli Ospedali di Roma.

R. I., di anni 13, da Manziana. Nulla di notevole nel gentilizio, nulla nell'anamnesi remota personale. L'inferma, quindici giorni prima del suo ingresso nell'Ospedale, fu colpita da dolori addominali, piuttosto intensi che durarono vari giorni: non ebbe vomito; nè febbre: solo in quell'occasione l'inferma si accorse che l'addome le si era tumefatto: asserisce che non è dimagrata e che le sue condizioni generali sono rimaste sempre buone. L'inferma entra in Ospedale l'8 di agosto 1921.

All'esame obiettivo l'addome è aumentato di volume: all'ispezione si delinea attraverso la parete una tumefazione della grandezza di una testa di adulto, di forma sferica che occupa gran parte della cavità addominale: appare immobile con i movimenti respiratori. Con la palpazione si delimitano meglio i suoi confini, segnati in alto da una linea trasversa tesa due dita sotto l'arcata costale, in basso da una linea tesa due dita sopra la sinfisi, a destra da una verticale tirata dalla spina iliaca ant. super.: a sinistra da una verticale tesa da metà dell'arcata: la tumefazione ha limiti netti, superficie liscia, consistenza molto tesa e molto elastica del tutto indolente alla palpazione: si ha il senso della fluttuazione: si percepisce nettamente su di essa il fremito idadideo: si possono imprimere alla tumefazione estesi movimenti di lateralità: si può respingerla in alto sino all'arcata costale: non è possibile respingerla in basso: è nettamente separata dalla milza e dal fegato mediante una zona di timpanismo: non è ballottabile: l'ottusità alla percussione in corrispondenza della tumefazione è contornata da una zona di timpanismo: spiccata sonorità timpanica ai fianchi. Facendo contrarre i retti la tumefazione diviene meno evidente.

Di che natura è la tumefazione: dove si trova essa localizzata?

Essa diviene meno evidente, facendo contrarre i retti, il che ci dimostra che non appartiene alla parete: essa possiede una motilità laterale molto spiccata: su di essa si ha un'ottusità completa: il fegato e la milza non entrano in discussione essendo possibile con la palpazione e con la percussione separare la tumefazione da tali organi: così si deve senz'altro escludere la possibilità di

(1) Comunicazione fatta al XXXI Congresso della Società Italiana di Chirurgia. Milano, 26-28 ottobre 1924.

tumori o cisti del pancreas che sono immobili ed hanno all'innanzi una sonorità timpanica. la forma, la sede mediana, la mancanza del gorgoglio del grosso intestino all'innanzi, l'ottusità completa, la mancanza del ballottamento ci fanno escludere un'affezione renale: la cisti ovarica, alla quale si sarebbe potuto pensare, si escludeva perchè riusciva possibile contornare completamente l'estremità inferiore della tumefazione, che era tutta fuori del piccolo bacino, non era possibile respingerla in basso; sappiamo invece che le cisti ovariche non sono delimitabili nel polo inferiore poichè si approfondano nel piccolo bacino, riesce invece possibile respingerle in basso: per di più l'età costituiva un altro criterio contrario per ammettere la cisti ovarica. Eliminate per conseguenza tali possibilità, rimaneva la diagnosi ristretta fra un tumore o una cisti dell'epiplon o del mesentere: i tumori del mesenterio oltre l'estesa motilità presentano una sonorità anteriore che nel caso osservato mancava: basandoci sul criterio della motilità estesa, in senso laterale, mentre non era possibile abbassare il tumore al di sotto della sua posizione normale, sul criterio dell'ottusità completa su di esso, e sull'eliminazione delle altre possibili affezioni addominali, si pose diagnosi clinica di tumore del grande epiplon: la superficie liscia, la consistenza molto tesa e molto elastica, la fluttuazione mostravano non trattarsi di un vero tumore ma di una cisti: la presenza del fremito idadideo netto, più volte da me e da altri colleghi percepito, ci fece pensare riguardo alla natura, trattarsi di una cisti da echinococco, pur sapendo non essere il fremito caratteristico e specifico di tale affezione.

La diagnosi di sede fu perfettamente confermata all'operazione: fu errata invece come vedremo, e discuteremo la causa dell'errore, la diagnosi di natura.

Operazione, 16 agosto 1921.

Etero-narcosi regolare.

Laparotomia mediana in parte sotto, in parte sopra-ombellicale. Si trova una grossa cisti, di colorito oscuro-ematico, della grandezza di una testa di feto, che occupa tutto uno spazio delimitato in alto dallo stomaco, in basso dal colon trasverso; il grande epiplon non esiste più, la cisti ne ha esattamente la sede. Non è possibile l'enucleazione per la salda aderenza, che posteriormente e inferiormente ha col meso-colon trasverso, senza compromettere la nutrizione di questo. Si incide e si svuota la cisti principale e altre secondarie nell'interno, che presentano un contenuto ematico di colorito diverso: si asporta la maggior parte della parete, si marsupializza la porzione residua: sutura del resto della ferita a strati. L'inferma fu dimessa completamente guarita dall'ospedale: le notizie avute in seguito hanno confermato il suo completo ristabilimento.

Le cisti ematiche del grande epiplon costituiscono un'affezione piuttosto rara: è notevole che esse sono relativamente frequenti nella prima età: non pare che il sesso abbia influenza: a volte ha preceduto un trauma.

Il sintoma principale è la motilità della cisti; dato importante e nettissimo nel nostro caso, mentre la motilità in senso trasversale è considerevole, può facilmente esser sollevata, non può essere invece abbassata al di sotto della posizione normale: non segue i movimenti respiratori: la percussione, dà ottusità assoluta in corrispondenza dell'area occupata dalla cisti; vi è invece sonorità nei fianchi: solo di rado vi è ascite. L'inizio nel caso da me osservato, come del resto in altri casi è stato brusco, mentre è da ammettere che la cisti esistesse, ma era clinicamente muta e che un versamento entro la parete, il più delle volte in dipendenza di un trauma, ne ha determinato un rapido accrescimento. Nel caso da me osservato si percepiva nettamente il fremito idadideo, e perciò come ho detto fummo indotti ad ammettere si trattasse di una cisti da echinococco: l'operazione dimostrò come anche questa volta il fremito vibratorio si trovava in una raccolta cistica non da echinococco. Per conto mio dirò che in vari altri casi di echinococco del fegato e del polmone che si prestavano bene per poter osservare il sintoma, e che io ho ricercato più volte attentamente per percepirlo, mai mi è occorso di poterlo apprezzare, mentre tutti i sintomi clinici, le prove di laboratorio, ed in fine l'intervento dimostrarono trattarsi di echinococco. Certo il fremito idadideo, è secondo l'esperienza di clinici illustri un sintoma molto raro nelle cisti da echinococco: esso d'altra parte, come nel mio caso, si riscontra in affezioni diverse dall'echinococco: il Cardarelli lo ha riscontrato nell'idronefrosi: in un caso osservato dal dott. Maselli della Clinica Medica di Roma, il fremito era nettamente percepibile in una vescica ripiena di orina e coaguli sanguigni. Il fremito non dipende dall'urto delle cisti figlie contenute nella cisti madre: secondo il Rovighi alla produzione del fenomeno concorrono varie circostanze, la parete che deve esser sottile, avere una certa tensione e una certa elasticità, il liquido contenuto che deve essere una pressione non eccessiva, e una densità determinata.

Se si esaminano i casi sinora osservati, secondo il criterio patogenetico, le cisti ematiche del grande epiplon si possono suddividere in tre categorie:

1) cisti sierose divenute ematiche;
2) tumori incistati;
3) ematomi incistati.

In alcune osservazioni si trattava di ragazzi di meno di undici anni, con ventre anormalmente grosso già sin dalla nascita: ciò porta a pensare si trattasse di cisti congenite, e propriamente di cisti sierose, nell'interno delle quali si fossero prodotte delle emorragie: sono cioè cisti siero-ematiche.

In altri casi si tratta di pseudo-cisti; sarcomi, o endoteliomi divenuti cistici, per emorragie ripetute: a volta si tratta di veri linfangiomi.

Altre osservazioni parlano invece di ematomi incestati, per lo più di origine traumatica: in alcuni casi però manca il trauma, lo stravaso è accompagnato da crisi peritoneale onde si è parlato di pachiperitonite emorragica paragonabile alla pachimeningite emorragica (Pean). La cura consiste nell'asportazione della cisti: in generale è necessaria solo qualche legatura alla parte superiore della lamina epiploica per eseguire la asportazione della cisti: in qualche caso la cisti è legata da un peduncolo all'epiplon. Quando l'asportazione non sia possibile o per condizioni del malato o per aderenze col mesocolon, come nel mio caso si esegue il vuotamento e la marsupializzazione.

BIBLIOGRAFIA.

OBERLIN. *Les kystes hématiques du grand épiplon.* Revue de chirurgie, 1921, n. 3.

AIMES. *Chirurgie du grand épiplon.* Paris 1920.

BICHON. *Le kystes hématiques des épiplons.* Thèse de Montpellier 1896.

BUSH. *Un cas d'hémorragie dans le grand épiplon.* Lancet 1896.

CORDERO. *Contributo allo studio delle cisti dell'epiplon.* La Clinica chirurgica, 1910, n. 12.

MESSA. *Kyste de l'épiplon à contenu hématique.* Gynecologia, 1911.

ROCHARD. *Kysti siero-ematica del grande epiplon.* Bulletins de la Société de chirurgie, 1912.

DONATI. *Chirurgia dell'addome.* Unione Tipografico Editrice Torinese, Torino.

BERGMANN-BRUNS. *Chir. pratica.* Società Editrice Libraria, Milano.

CARDARELLI. *Lezioni di clinica Medica.* (Lezione VIII). Napoli, Editore Pasquale.

MASELLI D. *Fremito idadideo in malattia non idadidea.* Estratto del Policlinico (Sezione Pratica), 1922.

Megacolon congenito.

per il dott. CARLO COSTANZI.

Essendomi occorso di avere sotto osservazione un caso di *megacolon congenito;* ne voglio riferire i dati più importanti per accrescere il numero delle osservazioni cliniche, le quali, sebbene fatte dal medico pratico, possono riuscire di utilità allo studio completo di questa forma morbosa.

Storia clinica. — Bambino di due mesi.

Anamnesi familiare. — Il padre non ha avuto alcuna malattia degna di nota. La madre ha goduto sempre buona salute. Essa ha avuto due gravidanze condotte a termine: dalla prima nacque una bambina vivente e sana; dalla seconda il bimbo in studio.

Anamnesi personale. — Nato a termine, da parto eutocico; ha avuto allattamento materno regolare. Al momento della nascita i familiari si accorsero di una tumefazione dell'addome che si accrebbe e si rese più manifesta nei primi giorni di allattamento. Tale tumefazione, più o meno voluminosa, si è sempre mantenuta. La madre, buona osservatrice, ricorda di aver notato, sin dalla prima settimana di vita del bimbo, designarsi talvolta sulla cute dell'addome una sporgenza allungata, dotata di movimenti rapidi. Il bambino ha sempre sofferto di disturbi enterici, nonostante che l'allattamento sia stato praticato con massima regolarità: dopo alcuni giorni di persistente stitichezza, seguiva una profusa diarrea.

Esame obiettivo. — Bambino di dimensioni e sviluppo non proporzionati all'età; notevolmente deperito, in stato di atrofia (pedatrofia), con ipertonia muscolare generalizzata. Nulla si rileva a carico dell'apparecchio respiratorio e circolatorio.

Addome. — È di forma globosa, a pallone; di volume notevolmente superiore alla norma. La cute, molto tesa, lascia vedere un ricco reticolo venoso, specialmente verso i fianchi e l'epigastrio. Sul quadrante superiore si delinea una rilevatezza allungata in senso trasversale, diretta obliquamente dall'ipocondrio destro alla fossa iliaca sinistra, la quale fa notare di tanto in tanto movimenti bruschi, peristaltici. La palpazione profonda dell'addome non è possibile per la notevole tensione della parete. La percussione dimostra un diffuso meteorismo. La esplorazione rettale non fa apprezzare alcun ostacolo nè punti stenotici.

Il bambino in esame, per il grado avanzatissimo di atrofia, è venuto a morte due giorni dopo la mia osservazione.

L'importanza del caso non può sfuggire ad alcuno, tenuto conto della relativa rarità della forma morbosa, dei caratteri clinici netti con i quali si è presentata e del concomitante grave disturbo di nutrizione.

È bene stabilire una esatta definizione di questa forma morbosa per non generare errori clinici. Per *megacolon congenito* (μέγας, grande; colon), si deve intendere una malformazione congenita del colon caratterizzata da dilatazione dell'organo con ipertrofia della sua parete, primitiva o secondaria.

Il capitolo del *megacolon congenito* neppure nei più recenti trattati di medicina è svolto con abbastanza chiarezza. La causa di ciò è da ricercarsi nel fatto che gli autori, invece di stabilire nella trattazione una distinzione precisa dei tipi anatomici di *megacolon congenito* preferiscono riunire disordinatamente in un gruppo i diversi casi di malformazione, che in genere vanno sotto il nome di *malattia di Hirschsprung*. A parte il disaccordo dei clinici per la giustezza di tale denominazione, in quanto che, mentre autori tedeschi attribuiscono la priorità della descrizione della forma morbosa a Hirschsprung (1888), autori italiani, fra cui Concetti, la farebbero risalire a Favalli (1846) e a Porro (1871), mi sembra che in pratica risponda assai bene per il concetto patogenetico del *megacolon congenito* la distinzione dei tipi di malformazione adottata da Kaufmann. Si distinguono:

1) Casi in cui si ha dilatazione primitiva e ipertrofia del colon da malformazione congenita (*megacolon congenitum*). Si produce così, a causa dell'ampiezza abnorme dell'organo, ristagno e indurimento delle feci con danno progressivo della motilità intestinale sino alla insufficienza.

2) Casi in cui si ha abnorme lunghezza del sigma colon con ripiegature a valvola delle anse o con schiacciamento di un'ansa sull'altra (*megasigmoideum congenitum*), derivandone una difficoltà del circolo fecale che porta secondariamente alla dilatazione dell'intestino e all'ipertrofia compensatoria della sua parete per vincere il ristagno.

Come si vede questa divisione molto chiara può riuscire di grande utilità.

Il caso da me riferito rientra senza dubbio nel primo gruppo di *megacolon congeniti*.

Il rilievo della tumefazione addominale subito dopo la nascita del bambino, la precocità dei disturbi intestinali e soprattutto la sede in cui si delinea sulla parete l'intestino dilatato, fanno concludere che nel caso attuale si tratta di una dilatazione e ipertrofia congenita primitiva della porzione superiore del colon, e non di una malformazione a carico del sigma.

È ovvio che da questa anomalia di sviluppo debbano conseguire gravi disturbi delle funzioni intestinali. Infatti ristagnando troppo a lungo le feci nella porzione dell'intestino dilatata, si ha maggiore assorbimento di liquidi con consecutivo ispessimento delle masse fecali superiore alla norma. Si stabiliscono d'altra parte per il ristagno putrefazioni abnormi con sviluppo abbondante di gas, e quindi meteorismo intenso e riassorbimento di prodotti tossici.

Orbene, se si tiene conto della grande vulnerabilità dell'apparecchio gastro-intestinale infantile normale, trovandosi esso, per così dire, in stato di equilibrio instabile, si comprenderà facilmente come i disordini cagionati dal *megacolon congenito* siano tali da ripercuotersi non solo sulle funzioni gastroenteriche stesse, ma anche sull'intero organismo, con grave danno della nutrizione generale. È pertanto da ricercare in ciò, se si vuole, una delle principali cause dello stato di notevole deperimento, in cui ha avuto fine il caso da me illustrato.

La diagnosi di *megacolon congenito*, escludendo così ogni malformazione acquisita, richiede la precocità delle manifestazioni cliniche: è da diffidare quindi dei casi in cui i primi segni sono apprezzabili soltanto dopo parecchie settimane di vita del neonato, come vorrebbe qualche autore.

Nel formulare il giudizio diagnostico, bisogna tenere conto non tanto dei segni funzionali (stitichezza, meteorismo, deperimento), quanto dei segni fisici (prominenza sulla parete addominale della porzione di colon dilatata, con visibilità dei movimenti peristaltici).

Pertanto, dalle considerazioni sopra fatte, quantunque possa sembrare talora indaginosa la diagnosi di *megacolon congenito*, tuttavia è evidente, ed il mio caso come altri sono di conferma, che, ogni qualvolta esista in realtà questa malformazione, si hanno sempre manifestazioni tali, da poter dare con sicurezza il giudizio clinico.

Monte Vidon Corrado (Ascoli Piceno).

RIVISTE SINTETICHE.

OSPEDALE DI S. MARTINO — GENOVA.
PADIGLIONE III DIRETTO DAL PROF. ROLLA.

I metodi più pratici di ricerca e di dosaggio dei fermenti pancreatici.

Dott. MARIO REVELLO, assistente vol.

Mi sono proposto con questo lavoro di stabilire quali sono i metodi più esatti nella ricerca e nel dosaggio dei fermenti pancreatici, ricerche non prive di valore per l'importanza che nella Patologia Medica e Chirurgica è andata assumendo, in questi ultimi tempi, la esatta valutazione della funzionalità pancreatica.

Come si sa la tecnica dell'esame della funzionalità pancreatica in questi ultimi anni ha subito profonde modificazioni, specialmente per opera di Einhorn.

Prima degli studi di questo Autore i metodi di saggio della funzione pancreatica erano ancora indiretti e quindi malsicuri: funzione di assorbimento intestinale delle albumine e dei grassi

[Umber], perdita dei grassi per le feci [Zoia, Zuccola], azotorrea [Brugsh], esame microscopico delle feci [Schmidt], ricerca della tripsina nelle feci [Schecht, Conti, Gross, ecc.], ricerca della diastasi nelle urine e nelle feci [Gross], somministrazione di capsule di glutoide di Sahli [jodoformio — jodio nella saliva, salolo — acido salicilurico nelle urine], reazione midriatica all'adrenalina [Löwy] ed ancor oggi scorrendo la bibliografia si vedono studi, perfezionamenti e proposti nuovi metodi di ricerca dei fermenti pancreatici nelle feci, metodi questi che, per quanto perfezionati, danno sempre risultati approssimativi.

Il metodo proposto da Einhorn consiste essenzialmente nell'estrazione diretta del succo duodenale mediante la sondina di Einhorn. Questo metodo di estrazione è superiore a tutti quelli sinora escogitati, quali quello di Boas del riflusso duodenale nello stomaco digiuno e quello di Boldyreff e Vohlard che provocano questo riflusso introducendo nello stomaco una grande quantità di olio.

La tecnica del sondaggio è molto semplice: si fà « deglutire » la sonda al paziente, vincendo, in caso di vivacità, il riflesso faringeo con pennellazioni di cocaina all'1%.

Appena la sonda ha passato il cardias si pone l'ammalato in posizione diagonale destra — è bene fare ciò in questo momento per evitare, facendolo dopo, che la sonda formi delle genicolature nello stomaco che possano ostacolare la progressione — e si continua a far deglutire, aiutando con una leggera pressione sulla sonda.

Entrata così la sonda nello stomaco si attende che progredisca sino ad imboccare il piloro, facendo di tanto in tanto delle aspirazioni con una siringa innestata alla sonda.

È vario il tempo che si impiega per arrivare al duodeno: da un quarto d'ora a parecchie ore; in un caso io entravo colla sonda direttamente in duodeno senza che il piloro opponesse il minimo ostacolo.

Per assicurarci di essere arrivati al duodeno si aspira colla siringa e si vede se esce un liquido giallo-oro di reazione alcanina, cioè il succo duodenale.

Spesso il liquido esce a sifone senza bisogno di aspirarlo.

Non troppo importanti sono gli inconvenienti che ha questa tecnica.

A parte la vivacità del riflesso faringeo di cui ho parlato, può esistere uno spasmo del cardias, il quale impedisca alla sonda di progredire: alcuni consigliano di far gocciolare, per mezzo della sonda, una piccola quantità di cocaina all'1%: Einhorn costruì un sistema rigido che accompagna la sonda nello stomaco ma che oltre ad essere poco pratico è anche pericoloso, perchè, data la sua sottigliezza, nelle pressioni che si esercitano per vincere lo spasmo cardiaco, si possono produrre lesioni; inoltre consiglia di far bere al paziente dell'acqua calda, ma questa riesce male accetta.

Io usai sempre e con buoni risultati il sistema di far ingerire un sorso d'acqua e nel momento della deglutizione imprimo una leggera pressione sulla sonda: questo è stato sempre sufficiente a farmi vincere l'ostacolo.

Le difficoltà che la sonda può incontrare nel passaggio attraverso al pirolo si spiegano facilmente pensando allo spasmo che l'oliva può produrre in via riflessa sul piloro; del resto è noto dagli studi dello Schempiakin che in condizioni normali i liquidi raggiungono facilmente il piloro, mentre le sostanze solide incontrano difficoltà notevoli: ed è generalmente ammesso dagli AA. che le sostanze solide di una certa grossezza non appena vengono in rapporto col piloro vengono respinte verso il fondo dello stomaco. Ma queste difficoltà variano da individuo ad individuo, e, salvo in alcuni rari casi, son sempre riuscito ad entrare, dopo un tempo più o meno lungo, in duodeno.

Talvolta si incontra una certa difficoltà per accertarsi se il liquido estratto è realmente succo duodenale: a volte molta saliva passa nello stomaco con i movimenti di deglutizione, alcalinizzando quella piccola quantità di succo gastrico che si trova digiuno e tanto più l'errore è possibile quando si abbia un riflusso di bile nello stomaco.

D'altra parte è possibile che il succo duodenale sia acido per la presenza di HCL, pur avendo i suoi caratteri peculiari: in questi casi per assicurarci di essere realmente in duodeno vi sono due metodi: o il riscontro radioscopico — ed in questi casi è bene usare una sonda con gomma piombifera — oppure come suggerisce Carnot — si può fare ingerire una certa quantità di latte o di vino: se la sonda è nel duodeno, aspirando si avrà succo puro.

Però devo notare che in tutti i sondaggi fatti non ho mai incontrato serie difficoltà nell'accertarmi se la sonda è arrivata in duodeno. In linea generale l'alcalinità del succo ed i suoi caratteri macroscopici sono indici assai sicuri.

*
* *

È inutile che io dimostri l'importanza clinica di questo metodo; a parte le modificazioni che il succo subisce nelle malattie del fegato e specie delle vie biliari (intorbidamento, diminuzione o scomparsa dei pigmenti biliari, presenza di abbondanti leucociti, specie nelle angiocoliti [Loeber, Mathiegan, Pisani, Rothman, Manheim], cellule epiteliali, cilindroidi mucosi, cilindri-biliari, [Pisani, Bondi, Deloch], cristalli di colesterina), e prescindendo dai mezzi di cura escogitati mediante il sondaggio [Meltzer, Lyon], il succo duodenale permette di studiare direttamente la funzionalità pancreatica.

Einhorn afferma che il tròvare i tre fermenti in quantità sufficiente indica un'attività normale: se poi manca costantemente uno dei tre fermenti, afferma che ciò è sintomo di una pancreatite cronica. I tre fermenti sec. l'A. possono persistere malgrado la presenza di un tumore del pancreas. E, sempre sec. l'A. il succo che non contiene nè bile nè fermenti indica che esiste un ostacolo subito al disopra della papilla di Vater.

Pisanò afferma che si può avere mancanza di tripsina anche nell'ipercloridria, mentre Pisani osservò non raramente una dissociazione di attività dei fermenti pancreatici, specie negli individui abituati a prendere sempre gli stessi alimenti. Nei diabetici a regime notò frequentemente diminuzione dell'amilopsina; deficienza del potere steapsinico notò nel M. di Basedow, nella carcinosi gastrica e della steapsina negli individui che hanno una intolleranza verso il latte.

Friedwald e Sindler osservano che, la curva dei tre fermenti nella digestione è indipendente l'una dall'altra e che riesce difficile a determinare il tipo normale.

Glatz poi afferma che il sondaggio duodenale è il mezzo diagnostico più sicuro per la ricerca delle alterazioni pancreatiche; anche Carnot e Gaehlinger traggono importanti elementi diagnostici dallo studio del succo duodenale; secondo gli AA. suddetti se vi è ritenzione biliare e pancreatica senza la presenza di sangue si concluderà per un ostacolo che contemporaneamente agisca nel coledoco e sul dotto di Wirsung (carcinoma della testa del pancreas) con integrità del duodeno, mentre se oltre alla ritenzione si ha anche sangue affermano dovrà trattarsi con ogni probabiltà di un neoplasma della papilla di Vater.

In questi casi è indicata la ricerca delle cellule neoplastiche. Nel caso che vi sia sempre ritenzione biliare e presenza dei fermenti si penserà sec. gli AA. ad un ostacolo lungo il coledoco, viceversa la ritenzione pancreatica senza la ritenzione biliare potrà far pensare ad un neoplasma che interessa la testa del pancreas e che comprimi il dotto di Wirsung.

*
* *

Praticai il sondaggio a digiuno: nè v'è secondo me bisogno di dare alimenti perchè il tenore in fermenti del succo duodenale nell'individuo a digiuno è sufficiente per le nostre ricerche.

Questo sembra contrastare con quanto insegna la Fisiologia, che nell'uomo a digiuno il pancreas non secerne. (Ellenberger e Scheunert in Zunst e Loewy) — ma a parte il fatto che alcuni non accettano queste vedute (Umber in Mohr e Stahelin) — forse a provocare questa secrezione a digiuno partecipa anche la sonda in via meccanico-riflessa.

Difatti è nota l'influenza del sistema nervoso sulla secrezione pancreatica: la eccitazione elettrica sul midollo allungato promuove la secrezione pancreatica (Heidenhein): — così la stimolazione del X paio determina un aumento della secrezione pancreatica perchè contiene le fibre eccitosecretrici del pancreas (Pawlow): anche lo splancnico contiene fibre eccito-secretrici, ma meno del X paio (Kudrewetzky); per conseguenza il pancreas, come le ghiandole salivari, è provvisto di fibre simpatiche e parasimpatiche. — E come gli stimoli meccanici sulla mucosa orale eccitano la secrezione salivare, forse la sonda agisce analogamente per il pancreas.

Oltre a ciò il permanere della sonda nello stomaco nel suo cammino verso il duodeno provoca una abbondante secrezione di succo gastrico acido; ed è noto che ogni secrezione di succo gastrico acido determina un aumento nella secrezione pancreatica: non solo, ma la secrezione pancreatica è promossa anche dalla semplice introduzione di acido nello stomaco (Ellenberger e Scheunert soprac.) mentre viceversa alcalinizzando il succo gastrico si ha diminuzione o sosta nella secrezione pancreatica (Wohlgemuth e Glaessner in Zunst e Loewy).

Forse con questi fatti ci spieghiamo il perchè ho sempre trovata una quantità di fermenti pancreatici sufficiente negl'individui a digiuno.

*
* *

Molti sono i metodi di ricerca e di dosaggio dei fermenti pancreatici, ma molti di questi se

da un lato sono pregevoli, dall'altro mancano di quella solidità tecnica che può portare a dati attendibili e non offrono l'elasticità voluta per essere applicati nella vita pratica.

E comincierò dal dosaggio del *fermento triptico*: fra i principali metodi vi è quello dei tubi di Mett, il quale come è detto nei trattati di Fisiologia, dà dei dati soltanto approssimativi: altro metodo migliore del precedente è quello proposto da Fuldt e Gross della caseina (1%) ed acido acetico all'1%: questo metodo non mi ha dato che risultati incerti per il fatto che è di difficile valutazione e lascia adito ad incertezze la leggera nubecola che si forma per precipitazione della caseina indigerita.

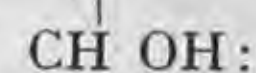
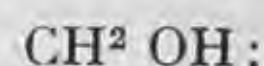
Il metodo che per la sua praticità è secondo me migliore è quello proposto da Carnot. Questo metodo è basato sulla fluidificazione della gelatina al 5% (fatta solidificare in una comune capsula di Petri) per effetto del fermento triptico contenuto nel succo duodenale, quando vien fatta convenientemente usando delle soluzioni di succo alla concentrazione di 1/2, 1/4, 1/8, 1/16, 1/32, 1/64, 1/128, ecc.

Questo metodo dà ottimi risultati e data la sua semplicità può essere applicato anche da chi non possedendo gran copia di materiale scientifico, vuol diagnosticare con prestezza se il succo pancreatico è ricco o no di fermento triptico, tanto più che la digestione avviene a temperatura ambiente: i risultati si leggono dopo 24 ore. A questo metodo ben poche osservazioni io posso fare. Nelle numerose prove esperimentate io ho sempre ottenuto dei risultati assai buoni e tali che io non esito a raccomandarlo a tutti quelli che hanno bisogno di fare ricerche con facilità e prontezza.

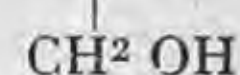
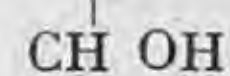
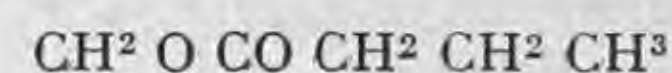
Per il dosaggio del *fermento lipolitico* i varii metodi proposti si fondano essenzialmente sulla scomposizione dei grassi per opera della lipasi pancreatica: fra questi metodi buono e consigliabile trovai il metodo della monobutirrina neutra. 10 cc. di emulsione in acqua distillata di monobutirrina madre neutra all'1% si mescolano con un cc. di succo duodenale, ed il tutto si lascia per 20 minuti in termostato a 37°, durante i quali si agita ripetutamente la provetta in cui è contenuta la mescolanza.

Come si sà per l'azione che la lipasi pancreatica ha sulla monobutirrina, che è un etere formato dalla combinazione dell'alcool glicerina con gli acidi grassi, questa si scinde in glicerina ed acidi grassi. Dosando con una soluzione di carbonato sodico al 2,12% gli acidi grassi, avremo la capacità lipolitica del succo che si esamina.

NOTA.

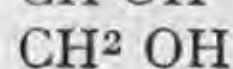
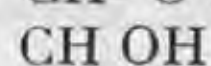
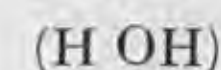
Ecco lo svolgimento delle reazioni chimiche:

$CH^2\,OH$:
|
$CH\,OH$:
|
$CH^2\,OH$ la glicerina eterificata con l'acido butirrico dalla formula:

CH^3
|
CH^2
|
CH^2
|
$CO\,OH$ dà la monobutirrina dalla seguente formula:

$CH^2\,O\,CO\,CH^2\,CH^2\,CH^3$
|
$CH\,OH$
|
$CH^2\,OH$

per l'eliminazione di una molecola d'acqua tra l'ossidrile alcoolico del gruppo $CH^2\,OH$ (alcool primario) ed il gruppo OH del carbossile CO OH.

Il fermento lipolitico ha la proprietà di scindere la monobutirrina saponificandola, cioè idrolizzandola e staccandone il gruppo acido e in termini più semplici si può dire ridà la molecola d'acqua che ha perduto nella combinazione tra la glicerina e l'alcool butirrico; cioè:

(H OH)
$CH^2\,O\,CO\,CH^2\,CH^2\,CH^3$
$CH\,OH$
$CH^2\,OH$

*
* *

Devo notare però che non deve essere arbitraria la scelta dell'indicatore, ma è bene usare il metil orange e la tintura di tornasole, evitando di usare la fenolftaleina, perchè durante la titolazione degli acidi grassi si forma della CO^2 la quale rimane in parte disciolta in seno al liquido impartendo a questo una acidità la quale reagendo sopra al sale che l'indicatore forma con la soda in eccesso, e che è colorato in rosso, lo scolora e impedisce così di percepire la fine della reazione. — (Flückiger 1884, Guareschi, vol. IV, pag. 826).

Nei comuni trattati di chimica quando si devono titolare degli acidi con una soluzione titolare di carbonato sodico si accenna a questo inconveniente e si fa obbligo l'uso o del metil orange, indicatore che in soluzione acida è rosso, in soluzione alcalina è giallo — oppure, e questo metodo è poco usato — si può far uso anche della fenolftaleina usando delle precauzioni, come ad esempio, riscaldare il liquido 80°, 90°, affinchè la CO^2 che nella reazione si forma venga completamente eliminata, perchè con l'aumentare della temperatura diminuisce la solubilità della CO^2.

Venendomi a mancare la monobutirrina, che, come si sa, è un prodotto che non tanto facilmente si trova in commercio, ho voluto esperimentare il metodo proposto da Carnot e Gaehlinger che consiste nel far cadere sopra una piastra di emulsione di grasso con gelosio ed amido, goccie di succo duodenale a diluizione sempre maggiore, e di verificare dopo 24 ore di soggiorno a temperatura ambiente la avvenuta saponificazione, con una goccia di solfato di rame, il quale colora in verde il sapone formatosi nella scissione dei grassi.

Questo metodo è anche abbastanza pratico, però come tutti i metodi che non sono quantitativi e sono basati su una reazione colorimetrica anche un po' empirica, non dà secondo me che dei risultati probativi.

Per il dosaggio del *fermento amilolitico* fra i molti metodi proposti, ho usato il metodo della digestione dell'amido, determinando mediante una soluzione n/10 di iodio, la quantità di amido rimasta eventualmente indigerita.

Ora questo metodo, che è un metodo puramente colorimetrico, può servire fino a un certo punto, sino a quando cioè la colorazione bleu prodotta dall'ioduro d'amido formatosi non è tanto intensa da impedire di vedere sino a che punto è andata l'inversione dell'amido.

Ho perciò preferito titolare la quantità dell'amido invertito, ricercando e dosando la quantità di zucchero formatosi per azione del fermento.

È inutile che io dica che questo metodo è assai più probativo di quello accennato precedentemente, e che d'altra parte ha il vantaggio che si presta a determinazioni quantitative esatte. Il dosaggio fu fatto da me col liquido di Fehling, usando come indicatore ferricianuro di potassio, acido per acido acetico (si forma ferricianuro di rame, rosso) e siccome in parecchie titolazioni fatte, la quantità di amido trasformata in glucosio dal fermento amilolitico, in condizioni normali, fu sempre la stessa, ritengo che il metodo sia applicabile anche per determinazione di dosaggio di fermento amilolitico in condizioni patologiche.

Come ho accennato in principio di questa mia breve nota l'esame del succo duodenale dopo che Einhorn escogitò il metodo di attinzione diretta, ha assunto grande importanza nelle malattie delle vie biliari, del duodeno e del pancreas: e specialmente importante il pancreas la cui funzionalità non si poteva esattamente valutare con i metodi indiretti usati precedentemente.

Un'osservazione che non mi pare inutile di dover accennare è che il succo duodenale da me ottenuto in alcuni fra i molti sondaggi praticati in individui affetti da malattie delle vie biliari è risultato talvolta limpido e privo di quell'intorbidamento che a molti AA. (Einhorn, Pisani, ecc.) è parso sintomatico per le malattie stesse, mentre la maggior parte dei casi il succo duodenale presentava il reperto descritto dai suddetti autori.

BIBLIOGRAFIA.

UMBER: In MOHR e STAEHLIN, vol. III.
ZOIA. Morgagni, 1898, n. 11; Clinica Medica Italiana, 1898-1906; Relazione al XXI Congr. di Medic. Int. Torino, 1911.
ZUCCOLA. Rif. Med., 1910, n. 15.
BRUGSCH. Deut. Med. Woch., 1909, n. 52.
A. SCHMIDT. Deut. Med. Woch., 1899; Deut. Arch. F. Klin. Med., 1906, Bd. 87, 1911, Bd. 104.
OSER. *Die. Erkr. des Pankreas.* Nothnagels Spez. Path. Ther., Bd. 18.
MUELLER u. SCHLECHT. Med. Klin., 1909, n. 16, n. 18.
CONTI. Folia Clin. Chim., Micr., 1910, n. 7.
GROSS. Deut. Med. Woch., 1909, S. 706.
SAHLI. *Lehrb. B. Klin. Untersuchungsmethoden*, Leipzig.
LÖWY. Arch. f. exp. Path. u. Pharm.
GIGON. Zeitsch f. Klin. Med., 1907, LXIII, 5, 6.
VOHLARD. Arch. f. Verdauungskr., Bd. II; Münch. Med. Woch., 1907.
SCHLECHT. Münch. Med. Woch., 1908, p. 725; Zentralblatt. f. innere Med., 1909.
BAJ. Gazzetta Medica Italiana, 1909, p. 401.
GOLDSCHMIDT. Deut. Med. Woch., 1909, pag. 522.
EINHORN e A. I. ROSENBLOOM. Arch. of Int. Med. 1910. EINHORN. Med. Rec., 1910; Journ. of the Am. Med. As., 15-1-910; Arch. des mal. de l'app. dig., ecc., 1914; Med. Record, 1915; Amer. Journal of the med. Sciences, dec. 1918; Arch. f. Verdauungskr., Bd. 18; Med. Rec., 1; Internat Beiträge zur Phys. u. Ther. der Ernährungstörungen; *The duod. Tube a. its possib.* Philad. a. London, 1921; Journal of Am. med. Ass., 1921.
PISANI. Arch. des mal. de l'app. dig., ecc. t.e VIII.
MATHIEGAN. Soc. méd. des hôp., Bucarest, 1919.
BOAS. Vedi: Glatz Arch. mal. de l'app. dig., 1914.
BOLDIREW. Ibid.
FRIEDWALD a. SINDLER. Journ. of Am. Med. Ass., 1921.
ROTHMAN-MANHEIN. Mitt. Aus. den. Grenz. der Med. u. Chir., XXXIII, 1921.
CARNOT. *Nouv. Traité de Méd.*, ecc., XX tome, 1922.
HATZIEGANU. Paris méd., n. 34, 1922.
DELOCH. Mitteil aus. Grenz, ecc., n. 20, 1923.
CARNOT et GAEHLINGER. Paris méd., 1923, n. 20.
PISANÒ: Gazz. med. it., 1910; Policlinico, 1923.
DURAND et BINET. Soc. de gastroenterol. de Paris, 7 marzo 1923.
LOEBER. Münch. med. Woch., n. 21, 1923.
M. LABBÈ et P. DUVAL. Arch. des mal. de l'app. dig., 1923.
GONZALES CAMDO DE COS. Arch. espagn. de l'app. dig., 1922-23.
M. CHIRAY et I. LEBOHN. *Le tube duod. Ses appl. clin.* Paris 1924, Masson.

SUNTI E RASSEGNE.

UROLOGIA.

L'anatomia patologica delle malattie renali ematogene.

(H. BEITZKE. *Deut. med. Woch*, n. 3, genn. 1925).

La nefrite ematogena diffusa (glomerulo-nefrite) si inizia con un rigonfiamento torbido della sostanza corticale. L'organo appare ingrossato, la superficie liscia, di color grigio rossastro e di aspetto più o meno torbido. Al taglio la sostanza corticale spicca sulla sostanza midollare più scura. Microscopicamente gli epiteli non mostrano alterazioni grossolane: il lume dei canalicoli è dilatatc e ripieno di masse di albumina, che si trovano anche negli spazi capsulari dei glomeruli. Tra gli ammassi albuminosi trovasi anche qualche emazia. Nei casi più gravi sin dall'inizio i globuli rossi sono assai numerosi e in parte riuniti a formare dei cilindri. In tali casi, anche macroscopicamente, si osservano piccole emorragie superficiali. Più di rado la nefrite è tanto grave sin dall'inizio da mostrare anche quantità notevole di leucociti negli spazi capsulari e nei canalicoli, con contemporaneo rigonfiamento degli epiteli, con degenerazione albuminosa e lipoidea e incipiente necrosi.

Si riscontrano poi infiltrazioni interstiziali più o meno diffuse da parte di cellule linfoidee.

In taluni casi di scarlattina tale infiltrazione è così grande da far scomparire in alcuni punti la normale struttura del rene. Allora, anche macroscopicamente, l'aspetto è caratteristico e l'organo appare molto rigonfio e torbido, con limiti tra corteccia e midolla mal definiti, e con strie rossastre decorrenti dalla midolla alla superficie.

Alcuni autori vorrebbero distinguere tale forma denominandola « nefrite interstiziale acuta » dalla « glomerulo nefrite », perchè nella prima le alterazioni glomerulari restano relativamente scarse.

Per quanto riguarda i glomeruli, o per meglio dire i corpuscoli di Malpighi, nei primi giorni sono poco alterati e mostrano solo un rigonfiamento più o meno grande degli endoteli capillari, fino alla loro occlusione. Si nota inoltre aumento dei leucociti endocapillari. Nella seconda settimana il numero di tali leucociti cresce ancora, e di pari passo si accentua il rigonfiamento degli endoteli, le di cui cellule si suddividono: di modo che, aumentando anche gli epiteli glomerulari, il glomerulo diviene 2-3 volte più grosso, distende la capsula e fa ernia nei canalicoli urinari efferenti.

Si distingue una forma extracapillare ed una intracapillare, a seconda che predominano l'accrescimento degli epiteli o degli endoteli; ma una separazione netta tra le due forme non è sempre possibile.

Col progredire della malattia anche gli altri elementi dei tessuti renali sono lesi. Il rene appare macroscopicamente ancor più ingrossato, la sua superficie assume un colore grigio rossastro pallido o bruno pallido, ed è cosparsa di piccoli punticini rossi. Microscopicamente gli epiteli si mostrano in preda a degenerazione albuminosa e lipoidea; molti muoiono e sono eliminati coll'urina unitamente all'albumina, agli eritrociti e ai leucociti, sì che l'apparire di cilindri granulosi, ematici ed epiteliali significa al medico che la malattia è al suo acme.

Le forme extracapillari sono di prognosi più infausta per il bloccaggio grave che inducono nei glomeruli.

L'etiologia batterica della nefrite ematogena diffusa è fuori discussione. La ricerca di batteri nell'urina e nel sangue dei nefritici sono restate però quasi costantemente negative, e solo in due casi riuscì all'autore di dimostrare la presenza di uno streptococco nel rene malato. Sono perciò le tossine batteriche quelle che hanno importanza. Ma poichè in moltissimi casi di sepsi non si ha alcuna partecipazione renale, si deve dare importanza anche ad altri fattori etiologici, e sopratutto al raffreddamento, che agirebbe, come ritiene Volhard, provocando nell'organo un'ischemia angiospastica.

Tornando all'anatomia patologica, poco si sa dei processi che avvengono allorquando la malattia volge a guarigione. Si può solo dire che questa non è possibile in modo completo che nel caso in cui si siano raggiunte le alterazioni gravi sopra descritte. Poichè in ogni modo l'azione tossica va scemando lentamente, si spiega come per lungo tempo si ritrovino nell'urina l'albumina e le emazie.

Tra la morte nello stadio acuto e la guarigione completa, esiste poi tutta una serie di eventualità intermedie, tra cui di notevole importanza quella di una guarigione parziale, con passaggio ad uno stadio subcronico della malattia. Allora, mentre solo una parte dei glomeruli guarisce, altri, più o meno numerosi, sono distrutti e sostituiti da tessuto cicatriziale. Macroscopicamente il rene apparirà grosso, prima ancora liscio, poi con incipiente formazione di granulosità, di colore variante dal giallo rossastro pallido, al giallastro pallido, fino al giallo biancastro (grosso rene bianco). Le punteggiature emorragiche superficiali appariranno più o meno numerose. L'apparire di chiazze giallo chiare verrà a costituire il caratteristico « rene variegato ».

Microscopicamente i glomeruli si mostreranno in parte completamente restaurati, in parte invece profondamente alterati e sostituiti da tessuto fibroso, con contemporaneo aumento dell'infiltrazione interstiziale. I canalicoli corrispondenti saranno pieni di albumina e nei loro epiteli si metterà in evidenza la degenerazione lipoidea.

Da questo stadio sub-cronico si passa facilmente alla morte e allo stadio di cronicità.

Nello stadio cronico il rene si presenta impicciolito, ruvido e finemente granuloso, di color rosso giallastro pallido o brunastro pallido. Al taglio la corteccia è assottigliata, la consistenza dura. Microscopicamente si trovano numerosi glomeruli raggrinziti e trasformati in ammassi ialini di sostanza connettivale; in altri si ritrovano le alterazioni descritte per lo stadio subcronico. I canalicoli corrispondenti sono parimenti atrofizzati, e spesso difficilmente distinguibili dal detrito invaso da cellule rotonde. Questi focolai di raggrinzimento corrispondono ai piccoli infossamenti della superfice. I processi sclerotici si estendono anche alle diramazioni arteriose, e sono il risultato dell'ipertensione persistente e dell'azione delle tossine circolanti.

Il progredire della sclerosi genera il quadro del « rene grinzo secondario », forma questa anatomopatologicamente assai simile a quella offerta dal rene grinzo genuino.

Dalle forme di glomerulo nefrite diffusa, Löhlein ha distinto la « nefrite a focolaio metastatico, non purulenta ». Si tratta qui di lesioni localizzate, per fissazione di emboli costituiti da ammassi batterici poco virulenti. Il ripetersi di simili fatti embolici fa ritrovare a carico dei glomeruli lesi alterazioni anatomiche in vari stadi. Il carattere di questa nefrite è nettamente emorragico ed anche qui si nota la compartecipazione più o meno grande degli epiteli canalicolari e le infiltrazioni interstiziali. Macroscopicamente però non è possibile distinguere una simile forma, che a occhio nudo offre il quadro della nefrite emorragica acuta e subacuta.

La causa etiologica va ricercata in una endocardite poliposa micotica; la prognosi è quindi in rapporto diretto con l'eventuale guarigione di questa.

L'endocardite ulcerosa, con cocchi virulenti, può invece dar origine ad una « nefrite embolica purulenta » cioè a piccoli ascessi uniti a grave degenerazione torbida degli epiteli.

Si deve poi considerare il gruppo delle « nefrosi », comprendente tutti i processi morbosi renali a carattere prevalentemente degenerativo, nei quali l'albuminuria costante non si accompagna sempre alla formazione di edemi. Le forme principali sono:

Il « rene amiloide », che si presenta notevolmente ingrossato, di colore giallastro pallido, con corticale aumentata, talora opaca, e nei casi gravi di color cereo lucente. Microscopicamente si osserva la sostanza amiloide nei vasi afferenti, nei gomitoli glomerulari e nelle tuniche proprie dei canalicoli urinari. In particolar modo spicca la degenerazione lipoidea diffusa degli epiteli canalicolari. L'esito è in genere letale, ma se si riesce a superare il periodo acuto, si può giungere alla formazione di un « rene grinzo amiloide ».

La « nefrosi lipoidea cronica » (nefrosi genuina di Volhard) è rara ed offre un quadro piuttosto simile al precedente, da cui si differenzia per la presenza nei canalicoli e nel tessuto interstiziale di abbondante sostanza lipoidea nettamente birifrangente al polariscopio. L'etiologia, come per la forma precedente, è oscura. Talora viene incolpata la sifilide, talora la tubercolosi e altre malattie infettive.

La « nefrosi gravidica », con quadro simile anche esso ai precedenti, è causata con probabilità dalle tossine circolanti, e scompare con la fine della gravidanza.

Passando ora a parlare del « rene grinzo primitivo », bisogna subito dire che esso non ha nulla a che fare con processi infiammatori, bensì è legato strettamente all'arteriosclerosi dei vasi renali. I territori irrorati dalle arterie sclerotizzate ricevono nutrimento insufficiente e si atrofizzano progressivamente. Dei singoli territori raggrinzati del rene possono formarsi per arteriosclerosi limitata a pochi rami arteriosi, piccoli o grandi; ed allora non si ha in genere nessuna manifestazione clinica. Se invece il processo è diffuso, il quadro caratteristico si stabilisce nel corso di anni, ed alla fine troviamo un rene impiccolito, a superficie ruvida e granulosa, di color brunastro pallido, con colorazione brunorossastra o rossa delle parti infossate. La consistenza è dura, la capsula aderisce fortemente. Al taglio la sostanza midollare è notevolmente diminuita; i vasi restano beanti. Al microscopio si riscontrano numerosi territori raggrinziti con le tipiche alterazioni delle arteriole rette e dei vasi afferenti. Il glomerulo è trasformato in un gomitolo raggrinzato di tessuto connettivale. I canalicoli renali subiscono un'atrofia da inerzia e da iponutrizione, e vengono a poco a poco sostituiti da ammassi di tessuto anisto, infiltrato di cellule rotonde. Le granulazioni alla superficie del rene rappresentano le parti del parenchima ancora sane, ma il loro aspetto microscopico non è normale perchè, a causa del lavoro eccessivo, il glomerulo appare ingrossato, i canalicoli dilatati, contenenti albumina, e con epiteli in preda a degenerazione torbida e vacuolizzazione. L'esito del

processo non può essere altro che l'insufficienza renale e l'uremia. Ma se queste forme di sclerosi renale possono essere chiamate maligne, ne esistono di quelle benigne, nelle quali le alterazioni anatomiche del rene sono minime, e non sono sufficienti a spiegare l'ipertensione, l'albuminuria notevole e la poliuria che generano, e la morte improvvisa per insufficienza cardiaca o per apoplessia, con le quali soventi si terminano. Secondo Löhlein l'ipertensione sarebbe il processo morboso primitivo, che provocherebbe la sclerosi delle arteriole renali. Lo svolgersi lento o rapido di tale sclerosi produrrebbe rispettivamente la forma benigna o la maligna.

Secondo l'autore invece non si dovrebbe parlare affatto di sclerosi renale benigna, trattandosi di un quadro morboso tipicamente cardiaco e vascolare, piuttosto che renale. Sarebbe quindi più logico comprendere tali casi tra le « ipertensioni primarie », extrarenali.

Poco chiari sono quindi anche i rapporti dell'ipertensione col rene grinzo genuino arteriosclerotico, dato che non sempre in individui che soffrirono per anni d'ipertensione si ritrovano alla morte lesioni arteriosclerotiche notevoli. Bisogna pensare che l'arteriosclerosi riconosca anche altre cause patogenetiche tra cui certamente importanti quelle d'indole tossico.

In ogni modo si deve ben distinguere dalla suddetta ipertensione primaria l'ipertensione secondaria, che appare allorquando i glomeruli renali scompaiono.

In qualche caso i due processi possono combinarsi e sovrapporsi.

Rarissima è la complicazione di un rene grinzo genuino con una glomerulonefrite pura. La diagnosi di tale eventualità ha in clinica una importanza prognostica evidente. M. FABERI.

L'urotropina e il bleu di metilene nella tubercolosi renale.

(H. BLANC. *Journ. d'Urol.*, 1924, n. 4, t. XVIII).

L'A. fa rilevare come si abusi un po' troppo nella somministrazione dell'urotropina, la quale se non ha un forte potere diuretico ne ha uno accentuato antisettico. Se l'apparato urinario è perfettamente sano, il farmaco passa nelle urine nella proporzione circa dal 40 al 50 per cento; però l'eliminazione è molto diminuita quando la attività funzionale dei reni è insufficiente, divenendo nulla nelle nefriti acute. Questo medicamento trova la sua logica indicazione nelle pielonefriti, pieliti, cistiti, uretrite posteriore, infezioni urinarie, per via orale, ma specialmente per via endovenosa. L'assorbimento dell'urotropina è seguito da accentuato miglioramento indiscusso delle condizioni generali del malato. L'A. dice come sia nettamente controindicata l'urotropina in tutte le forme di tubercolosi urinaria nelle quali, somministrando il farmaco, lo stato generale del paziente si è aggravato, i dolori renali o vescicali si sono accentuati e alle volte sono comparse ematurie. Un rene tubercoloso è un rene insufficiente funzionalmente, ma capace di eliminare l'urotropina anche quando non può eliminare la fenolsulfonftaleina o il bleu. E in queste condizioni il formolo non potendo far cicatrizzare delle lesioni bacillari non fa altro che disgregare dei tessuti fragili e incapaci di sopportare l'azione di un energico antisettico; perciò, prima di somministrare l'urotropina, occorre assicurarsi che non si sia in presenza di una lesione.

In questi casi l'A. consiglia la formula proposta da Marion ed usata costantemente, cioè il bleu di metilene nella dose di gr. 0.10 al giorno sotto forma di pillole di gr. 0.05. La formula è la seguente; bleu di metilene centgr. 5, eccipienti q. b. per una pillola, e tali n. 30. Ne fa prendere una pillola la mattina e una la sera per 5 giorni, poi fa riposare il malato per 10 giorni e quindi ricomincia la cura. Il bleu di metilene, che è un derivato dell'anilina, ha un'energica azione battericida, inoltre ha delle proprietà antinevralgiche, e perciò è stato usato come calmante dei dolori con ottimi risultati. Il bleu di metilene poi viene per la maggior parte eliminato dal rene come l'urotropina, e poichè somministrando il bleu di metilene si ottiene una vera impregnazione di tutto l'apparato urinario, la sua azione antisettica e calmante può esercitarsi in tutto il tessuto renale e vescicale. E infatti i tubercolosi renali affetti da cistite bacillare ne ritraggono un grande vantaggio: anzitutto si manifesta l'azione antinevralgica del farmaco migliorando rapidamente i dolori, poi diminuisce la pollachiuria e aumenta sensibilmente la capacità vescicale.

L'A. non ha mai osservato, come dice Galialo, vertigini, gastralgie e albuminurie usando la dose di gr. 0.10 al giorno.

Concludendo fa rilevare come in tutte le forme tubercolari, siano operabili o meno, è opportuno sottomettere i malati a questo trattamento che riesce vantaggioso e che può essere continuato per lungo tempo senza inconvenienti di sorta.

T. LAURENTI.

AFFEZIONI CUTANEE.

La xantocromia cutanea.

(M. LABBÉ. *La Presse médicale*, 7 gennaio 1924, numero 2).

Nel 1914 sotto il nome di xantocromia palmoplantare A. Labbé descriveva una colorazione gialla molto pronunciata della palma delle mani

e della pianta dei piedi facile a riscontrarsi nei diabetici e, pur riconoscendo che tale colorazione non era dovuta alla colemia, non riusciva a stabilire la natura del pigmento in causa.

Molti autori si sono in seguito interessati allo studio della lipocromia ed in questi ultimi tempi specialmente Hymans van den Bergh; con l'aiuto di queste nuove nozioni l'A. riprende lo studio della xantocromia.

Tale colorazione si osserva più frequentemente nei diabetici e meno facilmente in altri malati specie con turbe della nutrizione; è più evidente alla palma delle mani e ricorda il colore della zampa dell'oca; alla faccia è facile a trovarsi alle orecchie e verso i solchi naso labiali; assai di rado può notarsi sul resto del corpo: non si rinviene mai sulle congiuntive ed è questo il principale elemento di diagnosi con il subittero.

Il pigmento che colora il sangue ed i tessuti è un lipocromo: Arnaud per il primo isolò la carotina identificandola ai pigmenti gialli che esistono nelle piante verdi insieme alla clorofilla. Questi dati chimici sui lipocromi sono stati applicati da Hymans van den Bergh alla loro estrazione dal sangue e dai tessuti dell'uomo e degli animali ed al loro dosaggio; da tali ricerche è possibile stabilire che non sempre vi è un rapporto diretto tra la dose di lipocromo nel siero e nei tessuti. La xantocromia è causata dal pigmento che infiltra la pelle e non da quello del sangue.

Stabilita la natura del pigmento è facile rendersi conto della sua origine perchè, esistendo nel regno vegetale (carotina), è probabile che sia fornito agli uomini ed agli animali con l'alimentazione. H. van den Bergh è riuscito ad aumentare il liprocromo del siero di soggetti normali sottoponendoli ad una alimentazione ricca di carotina e xantofilla; così può anche spiegarsi il forte quantitativo di liprocromo che si rinviene abitualmente nel siero dei diabetici pensando che questi malati ricevono una nutrizione abbondante e particolarmente ricca in lipocromo (legumi verdi, spinaci, rossi d'uovo, burro, ecc.).

Secondo M. Labbé però il genere della nutrizione non è sufficiente da solo a spiegare la xantocromia nei diabetici; molti soggetti infatti che per altre cause sono sottoposti allo stesso regime, anche per lungo tempo, non presentano xantocromia; d'altra parte rinvenendosi tale colorazione specialmente nei diabetici gravi, che presentano turbe del metabolismo è lecito pensare che la causa della xantocromia debba ricercarsi nella incapacità del paziente a sbarazzarsi, per escrezione o distruzione, del lipocromo ingerito. In tutti i malati affetti da xantocromia, anche al di fuori dei diabetici, si debbono ricercare gli indici di un alterato matabolismo dei grassi. Il lipocromo infatti non si fissa nel sangue che è invece il tessuto che ne contiene in minore quantità: ne contengono in maggior copia le capsule surrenali prima, indi il fegato, il grasso e la milza ed in questi organi o tessuti può essere che avvengano la trasformazione e la distruzione del lipocromo.

Per quanto riguarda la diagnosi, la xantocromia che si rinviene alla palma delle mani ed alla pianta dei piedi, sulla faccia, specie alle regioni auricolari ed al naso (mai alle congiuntive) non sarà confusa con la colemia diffusa a tutto il corpo e specialmente alle congiuntive nè con lo xantelasma e gli xantomi che si presentano in placche limitate specie in vicinanza dell'orbita.

La prognosi della xantocromia non è di per se stessa grave; si tenga presente però che essa si rinviene spesso in individui fortemente diabetici e che può essere l'espressione di un imperfetto metabolismo dei lipoidi. Nulla conoscendo del metabolismo del liprocromo non resta come mezzo di cura che la scelta della alimentazione istituendo una dieta povera in lipocromo ossia abolendo il rosso delle uova, gli spinaci, i legumi verdi, le carote, il mais, il burro ed il latte. Con tale rigorosa dieta sembra che la xantocromia si attenui sensibilmente.

V. MONTESANO.

Cura delle cicatrici cheloidee viziose o aderenti, e delle loro complicazioni con la ionizzazione di iodio.

(G. BOURGUIGNON. *Paris Médical*, n. 51, 1924).

L'A. fa rilevare come l'idea di utilizzare l'elettricità nelle cicatrici viziose rimonti al periodo bellico 1870-71 e come l'attenzione degli studiosi sia stata richiamata sull'argomento dagli studi del Leduc, specie sull'azione sclerosante di certi ioni, come quelli del cloro e dello iodio.

L'introduzione di questi medicamenti per elettrolisi fu detta dal Leduc ionizzazione.

L'A. nel 1913 ha ripreso lo studio della questione facendo ricerche cliniche e chimiche, potendo così suggerire una tecnica precisa nella ionizzazione dello iodio che ha corrisposto sempre perfettamente.

Quanto alla tecnica essa è molto semplice; occorre essere forniti di corrente continua (pile o accumulatori), del mezzo di graduarle (riduttore del potenziale), d'un milliamperometro e di elettrodi.

Gli elettrodi debbono essere formati di ovatta idrofila ricoperti di una placca di stagno o di carbone. Le guarnigioni di feltro o di pelle di

scamoscio, formando dei ioni estranei, non sono punto da usare.

L'ovatta idrofila, al contrario, quando è pura, è inerte di fronte alla corrente. Essa inoltre è modellabile sulla regione e può assumere tutte le forme e le dimensioni desiderabili.

L'elettrode positivo è bagnato nell'acqua pura; il negativo è imbibito di una soluzione di ioduro di potassio all'1 % nell'acqua distillata.

Per quello che si riferisce all'applicazione l'A. ricorda come per ottenere buoni risultati, occorre seguire delle regole precise e cioè:

1) La *corrente* deve localizzarsi esattamente sul focolaio cicatriziale, debbono mettersi cioè i due elettrodi più vicino che sia possibile; e così per trattare una cicatrice della faccia anteriore dell'avambraccio l'elettrode negativo si metterà sulle cicatrici ed il positivo sulla faccia posteriore dell'avambraccio stesso.

La forma dell'elettrode positivo ha poca importanza; occorre che la sua superficie sia presso a poco della grandezza del negativo, la cui forma però, deve adattarsi alla lesione da curare; l'ovatta, quindi, deve essere confezionata in modo da coprire tutta la regione che si deve trattare, sorpassandone di circa un centimetro i limiti.

2) *L'intensità* della corrente non deve mai essere molto elevata; essa varia con le dimensioni dell'elettrode. L'intensità media è di 10 milliampère: sulle superfici molto estese si può giungere al massimo a 15-20 milliampère.

Sulle piccole superfici è bene diminuire l'intensità; l'A. non l'ha diminuita mai al disotto di 1,5-2 milliampère.

Le grandi intensità non solo sono inutili, ma spesso riescono nocive.

3) *La durata* della seduta deve essere lunga; una mezz'ora, con 10 milliampère, è una dose buona. L'A. non ha mai sorpassato un'ora.

4) Non si deve punto fare una *cura continua*. L'A. consiglia, in base alla sua esperienza, di regolarsi così: si fanno serie di 15 sedute in 4 settimane, intercalate da riposo variabile da 2 a 3 settimane, ripartendole così:

Prima settimana: 6 sedute, una per giorno. Seconda, terza e quarta settimana: 3 sedute per settimana.

Questa tecnica è giustificata dal fatto che i migliori risultati si sono avuti localizzando il più possibile al focolaio la corrente e che il miglioramento ha persistito dopo la cessazione della ionizzazione: l'A. ha però osservato che, in soggetti affetti da cicatrici multiple, la ionizzazione di una ha migliorato anche le altre.

Ha istituito poi, in collaborazione con Conduché, delle ricerche sperimentali sull'uomo per dosare nelle 24 ore lo iodio eliminato per le urine ed ha veduto come nella cura con la ionizzazione si abbiano tre fasi:

1) una fase di eliminazione crescente;

2) una fase di eliminazione costante;

3) una fase di eliminazione decrescente.

Comparando la quantità di ioduro che scompare dall'elettrode negativo durante una seduta alla quantità che se ne ritrova nelle urine delle 24 h' si vede come nelle urine se ne rintraccia l'80 per cento.

L'A. ne ha trovate anche traccie minime nell'elettrode positivo.

Indicazioni: tutte le cicatrici viziose, per antiche che siano, e di qualunque forma e dimensione, migliorano con la ionizzazione.

I risultati sono ottimi nelle cicatrici antiche. Non vi sono controindicazioni alla cura. La sua durata è varia: da qualche settimana ad un anno e più.

I risultati, però, sono molto migliori se le cicatrici non sono state sottoposte ad altre cure (radioterapia, crioterapia).

Se dopo la ionizzazione è necessario qualche piccolo intervento chirurgico, non si hanno recidive purchè si rinnovi la ionizzazione.

Per quello che si riferisce ai risultati è opportuno ricordare come le cicatrici viziose si distinguono in 3 categorie, a seconda che il difetto di cicatrizzazione si riferisce alla pelle, al sottocutaneo o a tutte e due.

Nel primo caso si tratta di piccoli cheloidi; nel secondo di cicatrici fibrose retrattili e aderenti, con tutte le conseguenze, specie imbrigliamento di nervi. Nel terzo caso si ha a che fare con cicatrici cheloidee complicate da retrazioni e aderenze; tali cicatrici sono, per lo più, secondarie alle ustioni.

Concludendo, la cura delle cicatrici viziose con la ionizzazione di iodio affloscia le cheloidi, riforma l'epidermide normale alle superfici cicatriziali, libera le aderenze e permette la riparazione anatomica e funzionale degli organi (nervi e muscoli).

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

G. KUHNEMANN. *Differential Diagnostik der inneren Krankheiten;* 8-9 Aufläge. Ambrosius Barth, Leipzig.

Siamo già alla nona edizione, il che dimostra il favore con cui medici e studenti vollero accogliere questo lavoro. In questa edizione sono fatte quelle necessarie aggiunte che i rapidi e continui progressi della scienza esigono. In complesso però è un sommario in cui l'A. si è proposto di presentare agli studiosi con chiarezza e precisione tutte le cose utili riassumendo in tabelle i sintomi principali e proprii a ciascuna forma morbosa e mettendo così a disposizione del lettore tutti gli elementi che possono servire meglio al criterio differenziale diagnostico.

MARINO.

L. DÜNNER e R. NEUMANN. *Perkussion, Auskultation und Palpation der Brust- und Bauchorgane.* In-16°, pag. 154. Urban & Schwarzenberg, Berlin u. Wien, 1924. Fr. svizz. 3,75.

È questo libretto uno di quelli che, in linguaggio studentesco, si chiamano « Suntini ». E con tale obiettivo, come dice la prefazione stessa di Georg Klemperer, è stato scritto.

Non si può chiedere a degli Autori di scrivere, sia pure sotto forma di concentrato triplo, una trattazione della semeiotica fisica del torace e dell'addome in 50 pagine di piccolo formato. Ma il pregio di questo libriccino sta nella scelta delle nozioni fornite, nella chiarezza e nella sicurezza, con la quale sono date, e soprattutto nell'affermazione chiara dei soli dati semeiologici indiscussi e nell'assenza di quelle inesattezze, che purtroppo in manualetti del genere, nostrani e forestieri, sogliono ricorrere.

g. sabatini.

Funktionsprüfung innerer Organe. Berlino, F. Springer, 1924, G. Mk. 2,40.

È un piccolo volume che raccoglie i più importanti e recenti mezzi adatti a saggiare lo stato funzionale dei vari organi. Come tale esso appare di non lieve utilità nello studio di malati per i quali non è sufficiente conoscere soltanto le alterazioni funzionali dei vari apparati, ma bensì anche quale possa essere la capacità funzionale di riserva, di ogni singolo organo.

Questo manuale tratta nei primi due capitoli dello studio funzionale del cuore, e delle ricerche elettrocardiografiche, per opera di Magnus-Alsleben e di Weber, nei successivi, la cui trattazione è affidata ad autori particolarmente competenti, sui rispettivi argomenti, sono svolti i metodi di studio della funzionalità dello stomaco (Grote), dell'intestino (Van der Reis), del fegato (Lepehne), dei reni (Rosenberg), del pancreas (Glaessner), del sistema nervoso respiratorio (Platz). Infine è raccolta la più recente letteratura su ciascuno degli argomenti svolti.

Ogni mezzo di indagine è svolto brevemente ma con tutti i dettagli di tecnica necessari, e con un rapido sguardo ai risultati che dalla loro applicazione si possono ottenere.

Questo volumetto si presenta quindi come una utile guida nello studio dei malati.

TR.

O. FRAGNITO. *Semeiotica e Diagnostica delle lesioni del sistema nervoso suscettibili di cura chirurgica.* Unione Tipografico-Editrice Torinese.

È un ampio capitolo del Trattato di Semeiotica fisica e Diagnostica chirurgica, che si pubblica sotto la direzione del prof. Taddei.

L'egregio neuropatologo ha, con la chiarezza abituale nei suoi scritti, esposto le sindromi che si incontrano più frequentemente nella pratica medica e che sono suscettibili di cura chirurgica.

La trattazione ha un indirizzo schiettamente pratico, ed è scevra di ogni ingombro dottrinale.

Il modo di rilevare i sintomi e di apprezzarne il valore diagnostico è esposto con una semplicità e precisione non comune ai libri del genere. Anche in questo lavoro il prof. Fragnito rivela la sua sapiente capacità didattica, il suo illuminato senso clinico.

DR.

The Rockefeller Foundat. . Annual Report. (1923). Un vol. in-8° di 365 pag. con fig., New York, 1924.

È questo il resoconto annuale per il 1923 della nota Fondazione Rockefeller, che ha esteso la sua azione su tutto il mondo nei campi dell'igiene e della medicina sociale. I problemi in cui maggiormente si esplica l'attività della benefica Fondazione, sono l'anchilostomiasi, la febbre gialla, la malaria, l'educazione igienica, la tubercolosi, l'organizzazione medica nelle campagne.

Nel 1923, vennero, per tali scopi, spesi complessivamente dollari 2,452,228. Anche a nazioni europee vennero date somme per scopi igienici, fra cui all'Italia 13,000 dollari per studî pratici ed esperimenti sulla malaria ed alla Francia 82,000 dollari per la lotta antitubercolare.

Oltre ai resoconti, il volume contiene anche alcuni studî sull'indice splenico della malaria, l'isolamento delle larve di anchilostoma, i pesci nella lotta antimalarica, ecc.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

La sclerosi a placche al V Congresso di Neurologia di Parigi.

La sclerosi a placche è stata oggetto delle estese relazioni di VERAGUTH di Zurigo e di GUILLAIN di Parigi. Detti autori han fatto rilevare che da quando si sono approfondite le conoscenze sulla malattia è risultato come la forma classica descritta da CHARCOT e VULPIAN (tremori intenzionali, nistagmo, parola scandita, disturbi motori) s'incontri nella percentuale di circa il dieci per cento (VERAGUTH) e il dodici per cento (GUILLAIN) dei malati, e che questa si verifica solo nei periodi avanzati della malattia.

Di gran lunga più frequenti sono i casi a sindrome incompleta, che capitano alla osservazione del medico e che rappresentano o l'inizio della malattia o forme leggere di sclerosi a placche.

La diagnosi di questi casi è spesso difficile; spesso non fatta ed è solo dopo parecchio tempo, spesso anni, che compaiono segni indubbi di sclerosi a placche in malati ritenuti nevrastenici, funzionali o affetti da tutt'altra malattia.

La sclerosi a placche è una malattia abbastanza frequente; per GUILLAIN verrebbe subito dopo la sifilide nervosa. Dello stesso parere è VERAGUTH sebbene riconosca che attualmente si è piuttosto corrivi nella diagnosi di questa malattia.

La caratteristica clinica è l'evoluzione a poussées, con periodi intervallari di sosta, di remissione, a volte di retrocessione perfino dei sintomi già comparsi.

Sul modo di manifestarsi della malattia in detto Congresso è stata fatta una minuta analisi dei sintomi che per prima compaiono e che da soli possano farne sospettare la presenza. Li riassumeremo in singoli capitoletti.

Sintomi oculari. — Sono i più frequenti. Possono esistere da soli per parecchio tempo, specie la nevrite retro-bulbare (GUILLAIN-UTHOFF). FLAICHER (della Clinica oculistica di Tubinghen) riferisce che su trenta casi di nevrite retro-bulbare da lui seguiti, quattordici ebbero in seguito segni non dubbi di sclerosi a placche; di altri sei l'anamnesi impose la stessa diagnosi; altri nove non furono seguiti che per poco tempo, ciò che fa imporre delle riserve sul loro avvenire dato che spesso i disturbi manifesti motori della malattia sono comparsi dopo sei, otto, dieci, dodici anni i primi disturbi oculari.

LAGRANGE e MARQUÉZY ritengono che una nevrite del terzo inferiore del segmento temporale, che si rivela con la presenza di scotoma centrale, restringimento del campo visivo, di scromatopsia, ambliopia passeggera, se accompagnata da qualche disturbo motore e da nistagmo impone la diagnosi di sclerosi a placche. La frequenza della nevrite retro-bulbare ha indotto alcuni autori a pensare che l'infezione primitiva della malattia avvenga per la via dei seni. I specialisti oto-rinoiatrici riferiscono casi di nevrite retro-bulbare in sinusiti sfenoidali suppurate. Secondo LAGRANGE e MARQUÉZY la nevrite retro-bulbare deve far pensare in primo luogo alla sifilide, dopo alla sclerosi a placche ed altre malattie infettive, in ultimo alle sinusiti sfenoidali ed etmoidali posteriori. GUILLAIN richiama l'attenzione su un segno che chiama hippus pupillare, che consiste nella poca stabilità della pupilla al riflesso luminoso.

LAGRANGE e MARQUÉZY, VELTER, sulle diplopie e ambliopie transitorie; rare invece sarebbero le paralisi o paresi associate descritte frequenti da UTHOFF e PARINAUD.

GUILLAIN e BOLLAC riportano casi di sclerosi a placche ad inizio per lungo tempo solamente oculare.

Il nistagmo è frequente; più raro nella forma di nistagmo orizzontale, verticale o rotatorio; più frequente come semplici scosse nistagmiformi che compaiono nelle posizioni laterali dei bulbi (70 per cento: Marquézy).

Disturbi motori. — Sono del tipo cerebello-piramidali. I fenomeni a carico delle vie piramidali sono quasi sempre irritativi. Si manifestano in principio con senso di formicolio, affaticamento degli arti, claudicazione midollare, ipertonia, rigidità muscolari, segno di Babinski. In seguito compaiono paresi del tipo spastico, contratture sebbene più rare e mai della stessa intensità di quelle da compressione midollare (GUILLAIN). I disturbi motori possono manifestarsi sotto forma di emiplegia progressiva (BARRÈ) di paraplegia spastica (BARRÈ, GUILLAIN, VERAGUTH, LONG).

Si possono anche riscontrare atrofie muscolari parziali senza reazione degenerativa (GUILLAIN).

Segni di lesione cerebellare sono i tremori sia intenzionale e che raramente si verifica nella forma descritta da CHARCOT, sia i tremori manifestantisi alla fine dei movimenti o che si svelano solo mediante ricerche più fini; il nistagmo; l'andatura vacillante da ubriaco. A volta i disturbi cerebellari possono interessare il solo tronco (caso presentato da ANDRÉ THOMAS). Possono interessare tutto il corpo ed essere così forti da costringere il malato a letto (SOUQUES). Vi può essere asinergia, adiadococinesia (GUILLAIN, SOUQUES).

Per BARRÈ tutti questi disturbi sono da mettersi a carico delle vie vestibolari, che secondo la sua statistica si avrebbero nel 96 per cento dei casi.

Devonsi ritenere labirintici i tremori sia larghi che fini delle mani, la parola scandita, il nistagmo, la vertigine, il segno di Romberg, l'andatura vacillante.

GUILLAIN ritiene che data la stretta connessione tra le vie vestibolari e le cerebellari sia molto difficile poter stabilire quanto di sintomatologia spetti alle lesioni dell'uno o dell'altro apparato.

GUILLAIN e SOUQUES (quest'ultimo presenta tre casi) richiamano l'attenzione sulla presenza anche del riso e del pianto spastico.

Disturbi dei riflessi. — Di regola vi è l'esagerazione dei riflessi tendinei e periostei a volte di tutti gli arti a volte in alcuni segmenti. Frequenti il clono della rotula e del piede. GUILLAIN rileva l'iperspasmodicità dei muscoli adduttori e abduttori della coscia, che spesso nelle manovre di flessione della coscia sul bacino entrerebbero in vero stato di clono.

ALAJOUANINE e GUILLAIN richiamano l'attenzione sul fenomeno della diffusione dei riflessi. La provocazione del riflesso muscolo plantare apporta spesso un movimento di flessione della coscia sul bacino, e della gamba sulla coscia. Frequentissimi sono le alterazioni dei riflessi addominali. Sono aboliti in toto o parzialmente nell'ottantatrè per cento dei casi (SACHS e FIEDMAN), nel sessantotto per cento (MARQUÉZY), nel novanta per cento (MARBURG).

Per MONRAD e KROHN sarebbero aboliti nel 56 per cento dei casi; presenterebbero alterazioni consistenti in ipoeccitabilità o abolizioni parziali quasi di regola.

Detti autori non hanno mai notato l'esagerazione di detti riflessi; alcune volte all'eccitazione per questi hanno notato risposta nei riflessi della gamba. Secondo ALAGJOUANINE, GUILLAIN e MARQUÉZY, unitamente all'abolizione dei riflessi addominali si nota la presenza della risposta superiore del riflesso medio pubico nel 50 per cento dei casi. Frequente è l'abolizione dei riflessi cremasterici e perianali (OPPENHAIN, MENDEL, SOUQUES).

MARQUÉZY e GUILLAIN riferiscono di aver spesso notato l'abolizione del riflesso del velo palatino.

Frequenti sono i segni di automatismo midollare. Il Babinski è spesso presente (GUILLAIN, FROMENT). GUILLAIN ha notato una particolarità del Babinski, che si comporterebbe con l'alluce in flessione plantare nella posizione ventrale del malato a gambe flesse ad angolo retto sulle coscie. I segni di automatismo midollare si provocherebbero (GUILLAIN, BARRÈ, FROMENT) più frequentemente con lo stimolo cutaneo plantare, che non con la manovra di flessione plantare delle dita di PIERRE MARIE e FOIX. VINCENT, GUILLAIN, ecc. ritengono l'automatismo midollare proprio delle compressioni midollari; a volte però nella sclerosi a placche è così accentuato da rendere difficile la diagnosi differenziale tra questa e le compressioni del midollo (VERAGUTH)

Disturbi della sensibilità. — Sebbene Charcot li abbia esclusi, i disturbi della sensibilità sono frequenti (FREUD, PILTZ, ROGER, GUILLAIN, BARRÊ, VINCENT) sono soggettivi (parestesie, dolori a cintura (BARRÈ), dolori lancinanti, senso di caldo o di freddo (VINCENT, BARRÈ, GUILLAIN).

Sono oggettivi e consistenti in disturbi delle diverse sensibilità tanto di tipo centrale che midollare e radicolare.

Le alterazioni possono riguardare la sensibilità tattile; possono presentarsi col tipo di dissociazione siringomielica (PILTZ, GIROT e IVAN BERTRAND) possono interessare la sensibilità profonda (ROSE e FRANCOIS, PILTZ).

L'astereognosi è frequente (PILTZ, VINCENT).

Per ROGER è il disturbo sensitivo più frequente ed è da mettersi in rapporto a lesioni radicolari o delle corna posteriori.

Per VINCENT la sensibilità termica è la meno interessata. PILTZ e GUILLAIN riferiscono però di averla spesso riscontrata alterata.

I disturbi sensitivi su menzionati sono per lo più passeggeri; si presentano, cambiano, scompaiono durante le varie poussées della malattia.

Disturbi psichici. — Rari e di ordine secondario (GUILLAIN, CLAUDE); si notano per lo più puerilismo, iperemotività, senso di euforia, apatia, depressione psichica.

Diagnosi differenziale. — LONG, JENTZER e MORSIER di Ginevra richiamano l'attenzione sulla difficoltà alle volte di differenziare la sclerosi a placche a forma paraplegica dalle paraplegie da compressione midollare. Citano un caso in cui fu fatta diagnosi di compressione midollare e che l'autopsia rivelò sclerosi a placche, e ricordano i casi identici riportati da NONNE e da VERAGUTH.

Rilevano in special modo che nella sclerosi a placche pur essendo possibili tutti i fenomeni di eccitazione delle vie piramidali, giammai si hanno disturbi della sensibilità soggettiva ed oggettiva così rilevanti come nelle compressioni midollari.

GUILLAIN richiama l'attenzione sul valore che assume in questi casi per la diagnosi differenziale la sindrome umorale del liquor da lui descritta.

TARGOWLA parla sulla diagnosi differenziale con la paralisi progressiva. Ritiene che la si possa fare solo in base ai sintomi clinici dato specialmente la presenza in questa malattia di notevoli alterazioni psichiche, che sono rare e poco accentuate nella sclerosi a placche. Inoltre la diagnosi differenziale si può fare con le ricerche sul liquor (R. V. positiva, linfocitosi presente ecc. nella D. P. Dissociazione R. W. reazione benzoino colloidale nella sclerosi a placche).

GOTTHARD e SODERBERG citano un caso di andatura cerebello-spastica in un malato di sclerosi a placche che in primo tempo fu potuta dominare con la cura psichica e richiamano l'attenzione sul fatto che spesso malati affetti da sclerosi a placche all'inizio della malattia non avendo segni organici evidenti vengono presi per malati funzionali.

Il liquido cefalo-rachidiano. — GUILLAIN richiama l'attenzione su un quadro caratteristico del liquido cefalo-rachidiano dei malati di sclerosi a placche, la presenza cioè della reazione del benzoino colloidale sub positiva o positiva con deviazione verso destra, con assenza di ipercitosi, di iperalbuminosi, e di reazione di Wassermann positiva.

Questo quadro è proprio della sclerosi a placche, e coesistente a piccoli segni delle vie piramidali, ottiche o cerebellari impone la diagnosi della malattia.

Confermano dette ricerche: SOUQUES, BLAMONTIEU, DE MASSARY, LAFOURCADE, CATOLA, TERRY, HAGUÉNAU, LAPLANE, CORNIL, MATHIEU, FROMENT.

MESTREAZART richiama l'attenzione sull'ipoglicorrachia che si ha specialmente nelle riacutizzazioni della malattia e la ritiene come indice della presenza di germi glicofagi nel liquor e nei centri nervosi.

Per MAURICE DIDE e FAGES la dissociazione di GUILLAIN e MARQUÉZY sarebbe solamente segno generico di disintegrazione della sostanza nervosa avendola essi riscontrata in casi di uremia nervosa, di maniaci depressivi, di deliranti.

Anatomia patologica. — È caratterizzata dalla presenza di placche di sclerosi che hanno, come sedi di predilezione gli spazi perivascolari, la zona sottopiale, la sostanza grigia sottoependimale che si presenterebbe demielinizzata per lo spessore che va da uno a cinque millimetri. Queste zone di preferenza possono indicare, secondo GUILLAIN, tanto la propagazione del *virus* per il liquor, quanto le alterazioni subite dalla sostanza nervosa per l'eliminazione di prodotti disintegrativi del neurasse.

Le placche sono antiche e recenti. Le placche antiche sono caratterizzate da masse di sostanza nevroglica attraverso le quali si notano dei cilindrassi demielinizzati. La conservazione di questi cilindrassi spiega la mancanza di degenzazione Valleriana lungo il decorso delle vie nervose.

GUILLAIN però ha notato casi tipici di degenerazione Valleriana lungo le vie midollari; lo stesso LANG.

BABINSKI insiste su questa particolarità della conservazione dei cilindrassi avvicinando le alterazioni della fibra nervosa nella sclerosi a placche alla neurite periassiale di Goumbault. Del medesimo avviso è ANDRÉ THOMAS, pur ammettendo che il cilindrasse stesso possa subire delle alterazioni.

GUILLAIN parla minutamente delle alterazioni a carico del cilindrasse che si rilevano nelle placche recenti di sclerosi e alla periferia delle placche antiche. Egli ha notato la dissociazione delle fibrille, il rigonfiamento edematoso del cilindrasse con respinta al centro delle fibrille.

Le placche recenti sono caratterizzate dalla distruzione della guaina mielinica delle fibre nervose, che subisce un vero spezzettamento in granuli omofili. Accanto alle fibre nervose alterate si notano elementi reattivi della glia, quali i mieloclasti, i mielofagi, gli elementi vettori di granuli lipoidi, cellule reticolate.

Accanto a queste lesioni degli elementi nervosi si notano lesioni perivasali consistenti in perivascularite plasmolinfocitaria. I vasi sono circondati da manicotti di linfociti, plasmociti, elementi vettori, macrofagi, cellule reticolati cariche di granuli di mielina.

Queste perivasculariti hanno indotto alcuni a ritenere la sclerosi a placche di natura sifilitica.

ANDRÉ THOMAS e JUMENTIÉ, pur ritenendo alle volte difficile la diagnosi differenziale anatomopatologica tra sclerosi a placche e sifilide disseminata, respingono questa ultima ipotesi.

VELTER riferisce dettagliatamente sulle lesioni del nervo ottico che presenterebbe analogamente al neurasse numerose placche attorno ai vasi (lesioni del segmento anteriore del nervo ottico), nella zona sottopiale (lesioni del nervo ottico intracranico e delle bandellette) nelle zone sotto ependimali.

Etiologia della sclerosi a placche. — Quasi tutti gli autori ammettono l'ipotesi di PIERRE MARIE che ritiene la sclerosi a placche malattia di natura infettiva (GUILLAIN, CLAUDE, BARRÈ, DUFOUR, VERAGUTH, JENSEN e SCHROEDER, ANDRÉ LÉRI, MARQUÉZY, ecc.).

Discordi sono i pareri circa gli agenti etiologici finora descritti. Numerose ricerche sono state eseguite per la spirocheta argentiniensis descritta da KUHN e STEINER; alcune con esito positivo, la massima parte con esito negativo.

JENSEN e SCHROEDER riferiscono di aver trovato nelle sezioni di midollo di individuo morto di sclerosi a placche dei corpi spirochetoidi.

PETIT riferisce di aver trovato nel liquor di malati di sclerosi a placche e di animali inoculati per via intrarachidea di liquor o sangue di questi, che presentavano paralisi del treno posteriore, filamenti spirochetoidi ad estremità ingrossate, leggermente incurvati senza nette spirali. Riavvicina detto microrganismo che ha chiamato « microrganismo S. » allo spirocheta argentiniensis.

Negative sono state le ricerche di GUILLAIN, ALAJOUANINE, CLAUDE, BARRÉ, BORREL.

NOGUCHI riferisce di aver ottenuto in tutte le sue ricerche sia dirette sul liquor e sulle sezioni di sostanza nervosa sia sperimentali sugli animali, sia culturali, risultati negativi. Ritiene che i corpi spiroidi descritti da Kuhn e dagli altri siano dovuti a disintegrazioni cellulari. Negative sono state pure le ricerche di MARQUÉZY alla Salpêtrière, di LAROQUE e LECHELLE.

GUILLAIN nella sua relazione conclude che il problema della etiologia della sclerosi a placche è tuttora insoluto, sebbene non vi sia più dubbio che la malattia si debba annoverarla tra quelle di natura infettiva. Si ripromette migliori risultati da ricerche da farsi coll'inoculazione sulle grandi scimmie antropomorfe.

Dott. FRANCESCO RICCARDI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La diagnosi clinica precoce dell'osteo-artrite tubercolare del ginocchio.

I primi sintomi di un'artrite cronica sono i disturbi funzionali, anche lievi, come il disagio o l'inettitudine dell'articolazione, a cui segue facile e rapida stanchezza, e più tardi uno zoppicamento intermittente che si accentua alla fine della giornata. I dolori intervengono in seguito e non vanno considerati come un sintomo precoce. È importante in primo tempo di saper scoprire l'incipiente rigidità che si manifesta con una limitazione dei movimenti e che può passare inavvertita; in tal caso, si deve far piegare il ginocchio fino a far toccare la natica col calcagno.

Per la diagnosi differenziale della forma tubercolare dalle altre forme, G. Regoli (*Gazzetta ospedali e cliniche*, 7 sett. 1924), segnala anzitutto i dolori da crescenza degli adolescenti. L'artrite blenorragica si differenzia per la rapidità con cui si manifesta ed atrofizza i muscoli (quadricipite femorale); l'esame dell'uretra confermerà la diagnosi. L'artrite sifilitica si manifesta con dolori, piuttosto che con alterazioni anatomiche. Per quanto riguarda la differenziazione dell'idartro tubercolare da quello traumatico, ci faranno supporre la specificità l'età giovane dell'individuo (per quanto anche gli adulti possano avere la forma tubercolare), la tara ereditaria, l'habitus, la comparsa lenta afebbrile del versamento. La tumefazione capsulare nell'idrope tubercolare è, di regola, più marcata che nella sinovite semplice; si notano nella prima degli inspessimenti e si avverte il crepitio. Importantissima è la rigidità, che può fare arrivare alla diagnosi prima dell'esame radiografico, il quale nel primo periodo, che è il più importante, riesce negativo. *fil.*

Formazione ossea della regione glutea sinistra.

A. Avoni (*La chirurgia degli organi di movimento*, agosto 1924), riferisce il caso seguente. In una donna di 51 anni, in corrispondenza della cicatrice residua dell'operazione per borsite trocanterica fatta circa 18 anni prima, si ebbe tumefazione e poi rottura della cute con esito di pus e sangue in lieve quantità. L'esame obbiettivo dimostrava la presenza di due soluzioni di continuo, a margini irregolari, a fondo lardaceo. Alla palpazione profonda si avvertiva un corpo allungato, resistente, abbastanza regolare, a direzione dall'alto al basso, da dentro in fuori, poco dolente, non spostabile. Movimenti dell'arto del tutto normali. Modico senso di stiramento nella posizione seduta e nella flessione del tronco in avanti. Alla radiografia, si vedeva che, dall'articolazione sacro-iliaca si staccava un'ombra cilindrica, a margini netti e regolari, di trasparenza ossea, arrestantesi ad un paio di cm. dal gran trocantere, della lunghezza totale di cm. 7 e 1/2.

All'atto operativo si rinvenne, fra le fibre del piccolo gluteo, un corpo allungato, a superficie liscia, regolare, uniforme, inserentesi in alto alla faccia esterna dell'osso iliaco. In basso esso era libero e rivestito da tessuto muscolare. Esso venne staccato, fratturandolo nel punto di attacco alla faccia esterna dell'osso iliaco. Sutura a strati, guarigione.

Dagli esami macro- e microscopici, risultò che si trattava di una esostosi spongiosa a carico della faccia posteriore dell'osso iliaco sinistro. *fil.*

Dell'artrite deformante giovanile.

I casi di artrite deformante, secondo l'A. (Ciotola, *Giorn. di Med. Mil.*, fasc. X, ottobre 1924) non sono infrequenti, e si prestano facilmente ad errori diagnostici con altre affezioni, specie la tubercolare.

L'artrite deformante è una malattia dell'età avanzata, ed è caratterizzata da processi consistenti in distruzione, proliferazione e metaplasia della cartilagine diartroidale.

L'A. D. fu differenziata dall'osteocondrite deformante giovanile di Perthes, perchè nella prima si ha come esito la rigidità dell'articolazione, nell'osteocondrite invece, benchè vi sia la deformazione dei capi articolari, la mobilità si conserva, ed il processo tende alla guarigione col tempo.

Inoltre nell'osteocondrite, anatomo-patologicamente, si ha un processo subcondrale (Perthes), o una vera epifisite (Uffreduzzi), nell'A. D. invece le alterazioni della cartilagine sono costanti e primitive.

In individui di media età mercè la radiografia si sono osservati casi di A. D. in cui le alterazioni si avvicinavano all'uno e all'altro tipo, onde l'A. pensa che tutte le alterazioni con processi proliferativi e distruttivi siano l'esponente d'una medesima entità morbosa, la quale assume diversa sintomatologia a seconda della localizzazione e dell'epoca di sviluppo. Si deduce da ciò che la sintomatologia è variabile, e legata all'articolazione che ne è affetta.

Radiologicamente si possono mettere in evidenza nell'interno delle epifisi delle zone di rarefazione ossea; ed a processo più inoltrato la linea della testa femorale appare spezzettata, con zone di rarefazione e di proliferazione del tessuto osseo.

Anche l'epifisi presenta zone di densità maggiore del normale, e zone ove non è conservata la normale struttura: queste alterazioni possono provocare talora lo schiacciamento dell'epifisi.

L'A. raggruppa in un unico quadro patologico queste alterazioni a carattere di osteocondrite e di artrite deformante.

Per l'*etiologia* si sono invocati i traumi, la natura infettiva dell'A. D., la stazione eretta. La teoria funzionale è la più esplicativa, perchè essa tien conto di diverse condizioni che possono determinare il processo (traumi, stazione eretta, alterata nutrizione, anomalie articolari congenite ecc.).

L'A. riporta il caso d'un p. di anni 20, che da 4 mesi accusava dolenzia alla regione coxofemorale, a cui si aggiunse in seguito lieve claudicazione.

L'es. obb. fece solo notare dolorabilità alla pressione in corrispondenza del gran trocantere; la radiografia mostrò decalcificazione della testa del femore; linea articolare irregolare per proliferazioni osteofitiche; usura della cartilagine verso la parte centrale. Questo reperto faceva escludere la natura tubercolare dell'articolazione, e deponeva per un'A. D. giovanile.

Le cure tentate in simili casi sono insufficienti; qualche giovamento si ottiene dalle applicazioni di diatermia; nelle forme gravi si ricorre all'intervento chirurgico con la resezione articolare e la fissazione. CARUSI.

Poliartrite pneumococcica.

In un paziente che aveva sofferto per tre settimane di enterite grave, apparve prima una tumefazione del ginocchio sinistro, che andò sempre più accentuandosi, accompagnata da febbre, poi una tumefazione del gomito destro. Esclusa la natura gonococcica, per l'anamnesi negativa, e per la nessuna influenza esercitata sul processo morboso da 3 iniezioni di neodmegon (vaccino antigonococcico), si procedette alla puntura esplorativa del ginocchio, che rilevò la presenza di liquido giallo torbido, contenente numerosi pneumococchi intra- ed extra-cellulari.

Istituitasi subito una terapia energica a base di iniezioni sottocutanee di siero antipneumococcico, i sintomi andarono rapidamente regredendo, e una seconda puntura esplorativa riuscì negativa per lo pneumococco.

Riferendo il caso, A. S. Gubb (*The Brit. Med. Journ.*, n. 3324, sept. 1924), fa notare come l'artrite pneumococcica sia una forma morbosa poco comune, che spesso insorge indipendentemente da altre localizzazioni del germe, ed è più frequente nei bambini che negli adulti.

Dalla precisione della diagnosi dipende il successo della cura, rappresentata dal siero specifico, il quale solo può evitare le gravi alterazioni permanenti cui possono andare incontro gli arti colpiti. M. FABERI.

Note cliniche sulle coste cervicali.

A. Léri e N. Péron (*Paris médical*, 22 nov. 1924), distinguono le coste cervicali in brevi e lunghe. Le prime non sono che una radice anteriore dell'apofisi trasversa distaccata dall'apofisi stessa e quindi determinano sintomi analoghi a quelli dati dalle semplici ipertrofie delle apofisi trasverse. Essi sono motori, sensitivi o trofici; talora si associano e sono accompagnati da disturbi dei riflessi, da perturbamenti oculo-simpatici, più raramente da alterazioni cutanee. Di solito è interessato il territorio del plesso brachiale inferiore.

Le coste lunghe oltrepassano di molto l'estremità di una apofisi trasversa anche voluminosa. Possono partire da una vertebra, ma spesso sembrano partire dalla stessa estremità dell'apofisi trasversa. Esse sono diapofisarie ed è per questa ragione che, sulla radiografia possono sembrare lunghe, mentre in realtà non lo sono. I sintomi sono analoghi a quelli dati dalle coste brevi, ma ne è differente il territorio interessato, che in questo caso è quello del plesso brachiale superiore o di tutto il plesso.

Questa classificazione non ha un puro interesse teorico, ma anche pratico. Di fatto, una delle maggiori difficoltà dell'ablazione di una costa cervicale consiste nella resezione della testa. Ora, proprio le coste lunghe, che più facilmente determinano disturbi e che maggiormente si esita a resecare per l'apparente lunghezza, sono precisamente sfornite della testa e del collo. Questo particolare può facilmente sfuggire alla radiografia e per riconoscerlo, è spesso necessario prendere diverse radiografie, variando le incidenze. La nozione però è di notevole importanza per il chirurgo e per la decisione all'atto operatorio. *fil.*

TERAPIA.

Il trattamento delle anemie.

È anzitutto necessario il trattamento causale, sifilide, malaria, parassiti intestinali, miseria, ecc. Viene poi la medicazione sintomatica, che ha per scopo l'eccitazione prudente degli organi emato-

poietici. Questa si ottiene con i mezzi che Rieux (*Hêmathologie clinique*) classifica come segue:

1) *Mezzi medicamentosi*. Fra questi, il ferro, che talvolta non dà effetti perchè non viene somministrato a dosi sufficienti. Si può prescrivere il lattato (g. 5) in 200 cmc. di sciroppo di scorze d'arancio amaro; un cucchiaio due volte al giorno, ai pasti. Oppure il protossalato (cg. 15) con polvere di rabarbaro (cg. 5), per una carta od una pillola, da somministrare due volte al giorno. Nelle anemie perniciose, il ferro va ordinato ad alta dose, come: Ferro ridotto cg. 50; Zucchero cg. 25; Estratto secco polverato di frangula cg. 50; per una carta, da prenderne due al giorno. Le acque minerali (Castellammare di Stabia, Peio, Recoaro, Rabbi, Sciacca) non sono che dei coadiuvanti, in quanto che contengono in generale troppo poco ferro. Certi lavori moderni tendono a proscrivere l'arsenico perchè sarebbe un veleno emolitico; la pratica invece ne dimostra l'utilità. Uno dei migliori preparati è sempre il liquore arsenicale del Fowler, che si dà alla dose di X-XXV gocce al giorno o, se lo stomaco lo tollera male, per iniezioni ipodermiche (1/2 1 cmc. al giorno, sostituendo l'alcoolato di melissa con l'acqua coobata di lauro ceraso). Alcuni preferiscono l'arsenobenzolo, cominciando con 10 cg. al giorno; più maneggiabile è il sulfarsenol per iniezioni sottocute (cg. 6 per cmc. di acqua distillata; iniezioni di cg. 6-12-18 a quattro giorni di intervallo).

2) *Opoterapia*. Alternare i preparati arsenicali con le iniezioni di midollo osseo (1 cmc. di estratto glicerico per 20 giorni di seguito); all'interno il midollo rosso crudo di vitella è spesso mal tollerato.

3) *Radioterapia*. Agisce stimolando gli organi emopoietici ed aumentando la reazione mieloide, ma solo nelle anemie nettamente plastiche.

4) *Medicazione sanguigna*. Il siero antidifterico o quello di cavalli salassati (40 cmc. per iniezione) esercitano un'attiva ematopoiesi. La trasfusione sanguigna riesce nelle anemie gravi; in quelle post-emorragiche, si usano alte dosi (fino a 1 litro) nelle altre, bastano 100-150 grammi.

5) *Splenectomia*. Ha dato qualche risultato in individui giovani, affetti da anemia perniciosa; ma la mortalità operatoria è del 20 %, ed il miglioramento soltanto temporaneo, sicchè non vale la pena di esporre il malato ad un simile pericolo.

fil.

Il trattamento moderno delle leucemie.

N. Fiessinger (*Journal des praticiens*, 29 ottobre 1924) passa in rivista le vedute attuali sul trattamento delle leucemie. Si incomincerà con sedute di radioterapia splenica o ganglionare. Se non si osserva alcuna caduta nel numero dei leucociti, si passerà al torio X e poi al benzolo.

Il torio X può applicarsi come emanazione ad intervalli, per la durata complessiva di tre ore nella giornata, continuando per 21 giorni e lasciando trascorrere un mese prima di intraprendere una nuova cura. Tale metodo però esige un'istallazione speciale, per cui è più agevole ricorrere alle iniezioni, che si fanno ogni settimana, incominciando con 200 micros e salendo a 300 ed infine a 400; l'iniezione va fatta per via endomuscolare ed è un poco dolorosa. In generale il torio X dà miglioramenti dello stato generale e diminuzione nel volume della milza, che può essere considerevole già dopo 5 iniezioni.

La somministrazione del benzolo può farsi nel latte od in capsule. Nel primo caso, si incomincia con 20 gocce alla metà di ognuno dei due pasti, si passa a 30 nel terzo giorno, a 40 nel quarto ed a 50 nel quinto. Si continua con l'ultima dose per una settimana, riprendendo la cura nel mese seguente. In capsule, il benzolo si prescrive a parti uguali con olio di oliva; cg. 50 per ogni capsula gelatinosa. Se ne danno due dopo ogni pasto, poi tre, quattro e cinque, comportandosi come per la somministrazione a gocce.

Il benzolo può dare vomiti, intolleranza digestiva, che si manifesta con diarree ed inoltre albuminuria. Comunque la sua prescrizione, come del resto quella di ogni altro rimedio nella leucemia, va fatta sotto stretta sorveglianza clinica ed ematologica. L'uso del benzolo è preferibile nelle leucemie mieloidi piuttosto che in quelle linfoidi; va usato come intermezzo fra il trattamento radioterapico oppure anche da solo se quest'ultimo non riesce. *fil.*

La cura dell'anemia perniciosa con la trasfusione di sangue.

Le osservazioni finora registrate di miglioramenti ed anche di guarigioni dell'anemia perniciosa ottenuti mediante la transfusione di sangue sono abbastanza numerose. Nather e Hickl (*Wiener Klinische Wochenschrift*, 3 aprile 1924), ne riferiscono tre casi personali. In tutti e tre si trattava di anemia perniciosa tipica: numero dei globuli rossi al di sotto di 1.500.000, valore globulare superiore all'unità, achilia gastrica; sclerosi midollare ed ulcerazioni linguali in un caso; emazie nucleate, splenomegalia in due casi. Le transfusioni furono praticate con la siringa paraffinata, senza citrato, dopo aver praticata la prova d'agglutinazione reciproca. Come datori furono scelti individui ipertesi di 40-60 anni nei quali è indicato il salasso. Ciascun ricevitore non ebbe mai il sangue più d'una volta dal lo stesso datore per diminuire le probabilità di anafilassi.

I tre pazienti ricevettero rispettivamente 1000 cmc. di sangue in quattro volte, 1350 in quattro volte e 2270 in cinque volte con intervalli di 5-12 giorni. Dopo ciascuna delle due prime trasfusioni si è in tutti e tre osservata ipertermia, che secondo gli autori americani costituisce una reazione particolare degli individui affetti da anemia perniciosa. Fin dalla prima trasfusione si constata aumento dei polinucleari e degli eosinofili, ma solo dopo la seconda trasfusione si ha aumento degli eritrociti, che in 6-8 settimane raggiungono i 4.000.000. Questo progressivo aumento sorpassa sicuramente l'apporto del sangue trasfuso; questo evidentemente eccita la funzione del midollo osseo forse per la trasmissione di anticorpi contro l'agente patogeno.

dr.

Cura dell'anemia perniciosa con l'estirpazione del midollo delle ossa lunghe.

La splenectomia è utile nell'anemia perniciosa perchè in seguito ad essa il midollo osseo viene stimolato ad un'iperattività che riesce a migliorare la funzionalità delle sue cellule. Walterhofer e Schramm (*Med. klinik*, n. 46, 1924) cercano di esercitare direttamente un analogo stimolo sul midollo osseo, senza estirpare la milza; essi estirpano il midollo di un osso lungo. La rigenerazione del midollo estirpato rappresenta un notevole stimolo che segue a quello provocato dalla estirpazione; si tratta in fondo dello stesso processo che si applica alla leucemia mieloide ed alla policitemia nella roentgenterapia. L'estirpazione del midollo osseo di un osso lungo venne eseguita in 42 casi, alcuni molto gravi. In alcuni casi venne estirpato il midollo di due ossa lunghe contemporaneamente.

L'intervento si dimostrò efficace in molti casi, gli ammalati migliorarono e non presentarono recidive per un periodo piuttosto lungo; prima o dopo però in tutti i casi si ebbe la progressione della malattia. L'efficacia dell'intervento è in rapporto con l'età del malato; esso si dimostrò efficace in tutti i casi in cui il paziente non superava i 40 anni di vita, nel 71 % dei casi in malati di 50 anni, nel 47 % nei malati di 60 anni e nel 66 % nei malati al di là dei 60 anni. Questo intervento si dovrebbe tentare in tutti quei casi in cui il trattamento medico non riesce a modificare notevolmente il quadro morboso.

POLL.

IGIENE.

L'utilità delle sottovesti di flanella.

Da qualche tempo il pubblico ed anche gli stessi medici tengono in minor considerazione le sottovesti di flanella, preferendo ad esse altri tessuti che sono ben lungi dall'uguagliarne le proprietà. D. Techoueyres (*La Presse médicale*, 10 dicembre 1924) mette in rilievo l'importanza di evitare, se non la totalità delle perdite di calore dell'organismo, almeno i rafreddamenti bruschi, determinati da cadute termiche subitanee e notevoli. Da ciò la necessità di circondare il corpo con tessuti che possano rallentare queste perdite di calore e che ne regolino il decorso.

Nulla serve meglio a tale scopo che la flanella per la sua stessa costituzione. La funzione precipua del vestito, di fatto, è quella di trattenere la maggior quantità possibile di strati d'aria. La flanella, per il fatto di essere fabbricata con fili cardati incrociati con altri di lana pettinata, costituisce un tessuto eminentemente spugnoso e rappresenta veramente il tessuto ideale che, con la minima quantità di materiale, trattiene la massima quantità di aria. Inoltre il vestito di flanella ha il pregio di non aderire alla pelle, ciò che contribuisce a mantenere altri strati di aria attorno al corpo. Essa, inoltre, per la sua natura porosa, fissa le goccioline di sudore impedendone l'evaporazione troppo rapida e quindi il raffreddamento brusco.

È quindi necessario che per il proprio benessere gli individui ritornino a questo tessuto che realizza le migliori condizioni che si richiedono allo scopo di evitare raffreddamenti e di mantenere attorno al corpo un'atmosfera tiepida e costante.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La concentrazione delle proteine ed il volume del plasma nelle nefriti.

G. C. Linder, C. Lundsgaard e D. Van Slyke (*Journal of experim. medicine* e *Presse médicale*, 13 agosto 1924), adottano nelle loro ricerche la classificazione di Vohlard in: 1) *Nefrosi*, caratterizzate da edemi e versamenti, urina scarsa con molta albumina e cilindri, ma non sangue, assenza di anemia, ipertensione e di notevole azotemia; 2) *Glomerulo-nefriti*, caratterizzate da ipertensione, presenza di albumina, cilindri e sangue nelle urine, anemia più o meno intensa, edemi incostanti, azotemia, disturbi di eliminazione rivelati dalle prove funzionali, ipostenuria. Si distinguono due sottogruppi: *a*) tipo glomerulo-tubulare (nefrosico) con ipertensione ed ipertrofia cardiaca moderate ed invece tendenza agli edemi; *b*) tipo vasculo-interstiziale con caratteri opposti, evoluzione insidiosa, che si traduce con retinite, indebolimento generale o sintomi di uremia incipiente; 3) *Nefrosclerosi*, in cui la lesione primitiva si porta sui vasi, ma può estendersi in seguito ai glomeruli. Caratterizzata da iperten-

sione elevata, notevole ipertrofia cardiaca, albuminuria scarsa o mancante, integrità funzionale del rene nei primi stadi.

Dagli studi degli AA. risulta che la concentrazione delle proteine del plasma è di molto abbassata nella nefrosi e nella glomerulo-nefrite del tipo nefrosico. La concentrazione normale è di g. 5,5 a 7,5 per 100 cmc.; il rapporto normale fra siero-albumina e globuline è di 1,5. Ora, anche quando la quantità delle proteine era molto al disotto della normale, non si è osservato alcun aumento di volume del plasma (che normalmente è di 5 per 100 del peso del corpo). Il volume del plasma non è influenzato dalla presenza di edemi, anzi si può trovare un aumento di esso quando gli edemi scompaiono. Nella nefrosclerosi, la quantità del plasma corrisponde alla normale, e nemmeno si ha diminuzione delle proteine. La scarsa concentrazione di queste nelle nefrosi e nelle glomerulo-nefriti non è dunque da attribuirsi ad aumento di volume del plasma, ma invece ad una diminuzione nella quantità assoluta di proteine. La glolulina totale varia assai meno che la siero-albumina totale, ciò che depone contro l'ipotesi di una semplice diluizione per spiegare la diminuzione di concentrazione del plasma.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sull'impiego dell'optochina. — Al prof. M. R. da S. G.:

L'optochina si usa come cloridrato: polvere cristallina solubile in 10 p. di acqua. Può adoperarsi per via ipodermica a dosi di 0.25, 0.50 e nelle 24 ore fino ad un massimo di g. 2. Le dosi eccessive però danno facilmente amaurosi.

MARINO.

All'abb. n. 3952-1:

Non si conoscono meningiti acute legate a narcosi eteree, come diretta conseguenza di queste. Rimarrebbe discutibile la possibilità teorica di un'esaltazione della virulenza di streptococchi, ospiti della mucosa nasale, sebbene anche a questo riguardo, nessun dato di fatto positivo autorizzi tale supposizione.

M. E.

Al dott. C. B. da F.:

Lo sciroppo di Desessarts della Farmacopea francese ha anche il nome di Sciroppo di ipecacuana composto ed ha la seguente composizione: Ipecacuana grigia, 30; Senna (foglie), 100; Serpillo, 30; Petali di papavero, 125; Solfato di magnesia, 100; Vino bianco, 750: Acqua di fiori di arancio, 750; Acqua, 3000; Zucchero bianco, 3000. È indicato nelle affezioni catarrali dei bambini, a dosi di un cucchiaino da caffè, ripetuto 3-4 volte nella giornata. La leggerissima azione lassativa delle piccole dosi di senna e di solfato di magnesio così che si introducono coadiuva probabilmente l'azione espettorante. Nella formola da lei citata, tale sciroppo si trova in quantità di poco più che un terzo e quindi l'azione lassativa, se pur esiste, è da ritenersi del tutto insignificante.

fil.

All'abb. n. 9580:

Può consultare:

POGGIOLINI: *Contributo alla conoscenza, diagnosi, cura dei tumori solidi retroperitoneali della piccola pelvi.* Gazzetta Osped. e Clin., n. 30, 1912.

DELBET: *Infiltrazione neoplastica sottosierosa di tutta la cvaità peritoneale.* Revue thérap. méd.-chir., n. 5, 1912.

MATHES: *Sarcoma retroperitoneale.* Annals of Surgery, gennaio 1912.

R. BR.

Al dott. C. C. da R.:

1) Il trattato di MOHR e STAHELIN è più ampio e più recente che quello di EICHORST.

2) Consulti il Trattato di patologia generale di LUSTIG e GALEOTTI (Società editrice libraria).

3) Un buon atlante di malattie cutanee (tavole colorate) è quello di JACOBI (Fr. Vallardi, ed., Milano).

4) Per le malattie veneree, consulti: VERRATTI. *La sifilide e le malattie veneree.* Idelson, ed., Napoli.

fil.

Al dott. G. G. da Firenze:

Consulti specialmente i trattati di malattie del ricambio, p. es., quello di UMBER (Unione tipografico-editrice torinese).

fil.

Al dott. G. C. M., S. Stefano Camastra:

Le notizie che ella richiede possono esserle fornite dal Commissariato dell'Emigrazione che ha sede in Roma. Ad ogni modo riteniamo che per l'esercizio professionale, date le sue particolari condizioni, possa convenirle l'Egitto.

a. a.

VARIA.

La vita sessuale ed il sonno.

Quest'argomento è trattato nella *Rassegna di studi sessuali e di eugenica* da Romagna Manoia, il ben noto autore del libro *I disturbi del sonno e la loro cura.*

Egli ricorda che la sessualità è un fattore preponderante, sia come elemento, sia cosciente che

incosciente, nella vita dell'uomo e della donna, e conseguentemente ha influenza notevole anche sul sonno.

L'astinenza sessuale negli individui non iposessuali provoca uno stato di irritabilità, di eccitazione, che tra l'altro turba anche il sonno. La irrequietezza del giorno aumenta quando l'individuo va a letto, quando cioè si trova in condizioni più favorevoli per l'insorgenza e la intensificazione dei desiderî erotici. Si presenta alla mente tutta una serie di imagini fascinatrici, che sono effetto del desiderio insoddisfatto e a loro volta acuiscono il bisogno sessuale. Questo stato di eccitazione e di smania si prolunga per ore ingenerando un senso di stanchezza, accresciuto dalla perdita del sonno.

Anche gli eccessi sessuali ritardano il sonno. Dopo il coito normale in genere v'è tendenza al sonno; ma in coloro che eccedono nel ripetere il coito, o prolungando la eccitazione in modo da ritardare o impedire l'orgasmo terminale, si ha spesso insonnia.

Inoltre tanto negli astinenti come negli intemperanti il sonno è ricco di sogni con imagini lascive, che prolungando i fatti di eccitazione della veglia turbano ancor più l'individuo.

Il sogno erotico, seguìto o non da polluzione, si verifica più spesso negli astinenti, specie quando il soggetto subisce durante il giorno stimoli sessuali. Gualino cita due casi di fidanzati, condannati all'amore casto, che ebbero fino a tre sogni erotici per notte, interrotti poi dal matrimonio. In alcuni giovani il sogno erotico si ha spesso subito dopo il rapporto carnale, forse per la persistenza della congestione locale e della eccitazione generale. Si hanno sogni erotici anche dopo la lettura di libri pornografici, che, specie nella donna, provoca tutta una serie di imagini voluttuose e di desiderî che non possono avere soddisfazione o per lo meno normale soddisfazione.

Gualino notò che nei sogni erotici predominano sensazioni visive e tattili, mentre le imagini acustiche, olfattive, gustative, e termiche mancano del tutto. Di rado compare la donna amata. I fidanzati ed i giovani sposi, osserva Delage, di rado si incontrano nel sonno; quando ciò avviene l'amore è già intepidito.

Spesso la imagine di una bella donna che ha riempito la veglia di sensazioni deliziose ed ha provocato uno stato di eccitazione e di desiderio, è sostituita nel sogno da una donna vecchia, brutta o ripugnante. A volte specie negli adolescenti ricorre la imagine della madre o della sorella.

Molte volte nel sogno l'atto sessuale si limita a toccamenti, ai preliminari del coito, ad atti contro natura o inverosimili, e tutto ciò si compie in condizioni di luogo stranissime, in pubblico, per la strada, in tram e simili. È raro che il coito si compia regolarmente in tutte le sue successioni e la polluzione si ha rapidamente insieme con il risveglio, lasciando un senso di insoddisfazione e di delusione, o anche, specie negli astinenti, di calma e di benessere.

Comunque le polluzioni frequenti provocano sempre uno stato di depressione, di irritazione, di scontentezza.

La preoccupazione che insorge in molti per il ripetersi delle polluzioni si aggiunge alle cause stesse delle polluzioni ed ai loro effetti esaurienti, per provocare una condizione d'insonnia.

Tra i consigli che comunemente si danno per evitare la polluzione v'è quello di dormire alla supina. Vi sono anche apparecchi brevettati per svegliare il soggetto appena si accenna la erezione. Si tratta però di metodi che non hanno altro effetto all'infuori di quello di interrompere il sonno durante la notte.

Lo stato ansioso dei soggetti, la vigile e fissa attenzione su tutti i fenomeni che accompagnano o precedono il sogno erotico e la polluzione, determina un sonno così detto *attentivo*, cioè superficiale, come accade, anche per altri motivi, in molti nevrastenici.

I sogni erotici e le polluzioni frequenti inducono spesso il sospetto di impotenza, che il soggetto controlla durante la veglia, talvolta con un risultato di conferma che quasi sempre è in rapporto ad inibizione di origine emotiva. La frequenza di sogni erotici con erezioni valide deve far sempre escludere trattarsi di una impotenza organica. Si tratta invece di forma funzionale, che va trattata con cura psichica.

La influenza degli ipnotici sui sogni erotici non è stata ancora bene studiata: le dosi piccole pare non abbiano alcun effetto, mentre le grandi dosi farebbero più rari i sogni e le polluzioni.

Coloro che usano casualmente o abitualmente il cloroformio e l'etere, e specie quest'ultimo, hanno facilmente idee voluttuose ed allucinazioni sensuali: il sonno è ricco di visioni piacevoli, che persistono al risveglio e sono scambiate con sensazioni reali. Ciò qualche volta ha dato luogo ad accuse insussistenti di violenze carnali subite da donne, che erano anestetizzate a scopo curativo.

Gli stupefacenti adoperati da degenerati generalmente per acuire i godimenti della sfera sessuale sono anche essi disturbatori del sonno. Mentre effettivamente l'oppio e la cocaina hanno uno scarso o nullo potere afrodisiaco, producono una insonnia piò o meno grave e un sonno turbato da sogni paurosi e da agitazione psicomotoria.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

Il referto medico nei casi di aborto.

Se l'aborto è *spontaneo*, è ovvio che, *esulando dal fatto qualsiasi delitto contro la persona*, il medico *non deve redigere referto*, mancando l'unico estremo perchè esso abbia luogo.

L'aborto, invece, può essere *provocato* dalla donna stessa o da altri.

Nella prima ipotesi, il medico curante, con il suo referto, espone, pel solo effetto di esso, la persona curata a procedimento penale; ed è evidente che l'obbligo del referto cessa. L'affermazione della donna, per considerazioni ancora più generiche che presto vedremo, è sufficiente perchè il medico, trovandola rispondente alle sue osservazioni, si attenga alla eccezione di cui all'art. 439 C. P.

Ma, *anche quando l'aborto è stato provocato da altri*, il medico, per la chiara dizione del citato articolo, trova modo di non turbare i vincoli di fiducia che il cliente è solito riporre nel proprio sanitario.

In tal caso, difatti, la donna è stata *consenziente* o *dissenziente*. Se consenziente ha commesso un reato; e il referto, come nella precedente ipotesi, la esporrebbe a procedimento penale; sicchè, anche qui, l'obbligo di esso cessa del tutto. Ma c'è il reato del terzo che verrebbe, omettendosi il referto, a essere occultato? E che, perciò? La legge non ha fatto eccezioni. Ha espressamente sancito per la donna che viene a essere esposta a procedimento penale; procedimento che non decade qualora vi sia un complice... Ebbene, al medico non è fatto *mai* obbligo di esporre la persona curata a procedimento penale. E se la legge ha detto soltanto che il medico non ha l'obbligo di esporre la persona curata a procedimento penale, ciò vale anche quando questo procedimento debba condividersi con altri.

D'altronde, ripeto, il medico non ha l'ufficio del Magistrato! Dinanzi a sè non ha che *la sua cliente*. Egli ha il preciso dovere morale di attenersi alla eccezione di cui all'art. 439 C. P., in qualsiasi circostanza di tempo, di luogo, di persona, il fatto avvenga.

Ma poi, la eccezione di cui al citato articolo è stata veramente sancita al solo scopo di non porre il sanitario in lotta con la propria coscienza, e in contraddizione con l'altro obbligo imposto moralmente, non meno che dalla stessa legge, del segreto professionale?

Certamente no. Vi è un'altra considerazione di indole sociale, la quale è di maggior rilievo che non ne appalesi una semplice preoccupazione morale: ed è quella della pubblica sanità.

Il cliente il quale sa che la sola visita del medico, nei casi di cui al discusso articolo, lo sottopone senz'altro a procedimento penale, a meno che non sia un deficiente, non vi ricorre. Quale garanzia avrebbe, in tale evenienza, la pubblica salute? Nessuna! E la gravissima, spesso mortale emorragia da aborto apporterebbe alla donna tutte le sue fatali conseguenze, prima che costei si decida ad invocare soccorso da chi sarà il suo denunziante.

Innumeri le vittime risparmiate!

È solo nell'ultima ipotesi: quando cioè la donna è *dissenziente* che il medico è obbligato a stendere il referto sull'aborto. La donna è stata *estranea* alla azione criminosa; anzi ne è stata vittima. Il referto relativo all'aborto espone altri, *non la donna*, a procedimento penale; e il medico compirà il suo dovere in vantaggio, non in danno, della sua cliente.

Camigliano (Caserta).

Dottor GIUSEPPE MEROLILLO.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XVII. — Competenza.

L'art. 8 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2840, che sottopone alla giurisdizione esclusiva del Consiglio di Stato i rapporti d'impiego degli enti pubblici soggetti anche alla sola vigilanza della amministrazione centrale dello Stato, è disposizione innovativa di giurisdizione, di applicazione retroattiva e immediata dal 1º luglio 1924 a tutti i rapporti controversi ed a quelli non ancora definiti.

Per questi ultimi la competenza sopravvenuta ha virtù di convalidare gli atti giurisdizionali già compiuti dallo stesso Consiglio di Stato. (Corte di Cassazione, Sezioni Unite, sentenza 27 novembre 1924, ric. Palatiello).

È competente l'autorità giudiziaria a conoscere della domanda proposta contro un Comune pel pagamento di somme dovute dal Comune a un suo salariato, anche se la controversia richieda l'esame dell'esistenza di un rapporto d'impiego, escluse le indagini sull'esercizio di poteri discrezionali sottratte alla competenza del giudice ordinario. (Corte di Cassazione, Sezioni Unite, sentenza 3 dicembre 1924, ric. Comune di Napoli).

(*) **La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.**

XVIII. — La irregolarità dell'ordine della graduatoria può essere fonte di danni?

Perchè sia affermata la competenza dell'autorità giudiziaria a conoscere di una domanda per danni, causati da un atto amministrativo, non basta che la pubblica amministrazione abbia violato la legge nè che abbia arrecata una lesione patrimoniale, ma occorre che la norma, che si pretende violata, difenda un diritto subiettivo. Nella formazione di una graduatoria in concorso a pubblico impiego possono bensì essersi violate norme dettate dalla legge a presidio della correttezza delle operazioni di concorso; ma, posto che l'apprezzamento tecnico-discrezionale nella formazione della graduatoria è sempre prevalente al criterio giuridico-obiettivo, mai può parlarsi di un diritto subiettivo per effetto di un collocamento piuttosto di un altro nella graduatoria medesima.

È perciò incompetente l'autorità giudiziaria a conoscere di una domanda di risarcimento di danni, che si dicono derivati dalla esclusione o da un meno vantaggioso collocamento nella graduatoria di un concorso a pubblico impiego. (Corte di Cassazione del Regno, Sezioni Unite; sentenza 30 giugno 1924, ric. Corti).

XIX. — La pensione degli orfani di guerra non è valutabile agli effetti dell'ammissione alla cura gratuita.

Già avemmo occasione di spiegare che gli orfani di guerra non hanno diritto, in ogni caso, cioè se anche non sono poveri, all'assistenza sanitaria gratuita; ma non possono essere esclusi dagli elenchi in considerazione della pensione.

Identici criteri sono stati esposti dal Ministero dell'Interno con recente circolare, della quale riportiamo la parte utile.

« In attesa delle norme regolamentari che, in conformità delle disposizioni degli articoli 32 e 45 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, dovranno stabilire le modalità di formazione degli elenchi in parola, non vi è dubbio che, fin da ora, gli orfani di guerra abbiano diritto all'assistenza sanitaria gratuita ed alla somministrazione gratuita dei medicinali, indipendentemente dalla loro qualità di pensionati, tanto più che la legge 18 luglio 1917, n. 1143, non ha nulla innovato, per quanto riguarda i benefici da essa derivanti, alla legge organica sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza.

« Occorre, per altro, chiarire che, analogamente a quanto si verifica per i mutilati ed invalidi di guerra, se da un lato gli orfani di guerra non debbono essere esclusi dall'elenco dei poveri per il solo fatto che a loro compete la pensione di guerra, dall'altro non può ammettersi che gli abbienti possano aver diritto all'iscrizione nell'elenco stesso solo perchè orfani di guerra ».

XX. — Riforma d'organici e dispensa dal servizio.

Se due provvedimenti (uno riguardante la riduzione di posti in organico e l'altro la dispensa dal servizio) sieno adottati mediante unico atto (deliberazione del Consiglio comunale o del Commissario di un Comune) e dal contesto della deliberazione apparisca manifesta l'interdipendenza e la connessità dei provvedimenti medesimi rispetto alle norme che si dovevano applicare (RR. DD. 25 maggio 1923, n. 1177, e 24 settembre 1923, n. 2073) non può il provvedimento di dispensa dal servizio, sia pure che a farlo adottare abbiano concorso cause soggettive, attinenti al servizio prestato dai licenziati (scarso rendimento di lavoro), impugnarsi direttamente al Consiglio di Stato come provvedimento a sè stante, ma deve sulla complessa deliberazione di riduzione di posti e di licenziamento esperimentarsi, dopo l'approvazione della G. P. A., il ricorso in via gerarchica al Governo del Re. (Consiglio di Stato, Sez. IV, decisione 29 nov. 1924, n. 895, ric. Sinise; in senso analogo, decisione della stessa data, n. 898).

Sinora però la IV Sezione aveva ritenuto che i provvedimenti di riforma dell'organico e di dispensa dal servizio, anche se contenuti nella stessa deliberazione e necessariamente connessi, seguissero le norme a ciascuno di essi corrispondenti; ricorso gerarchico per il primo; ricorso alla IV Sezione per il secondo. Ma in questa materia, che fortunatamente si va esaurendo, il Consiglio di Stato prese una falsa strada e ancora si dibatte fra le più strane risoluzioni. Effetto dell'errore iniziale.

XXI. — Le nomine provvisorie degli ufficiali sanitari.

In relazione alla nota da noi pubblicata circa le nomine *provvisorie* degli ufficiali sanitari, il dottor Ernesto Venere, che produsse il ricorso straordinario al quale si riferì il parere del Consiglio di Stato da noi già segnalato, ci scrive che egli è persuaso della tesi contraria alla nostra perchè lo spirito della legge è nel senso della separazione delle funzioni di vigilanza igienica da quelle di assistenza sanitaria. Sicchè, egli conclude, dove è possibile la separazione, deve essere *incaricato* della vigilanza igienica un medico libero esercente e non il medico condotto.

Sebbene non si aggiunga alcun argomento nuovo, aderiamo eccezionalmente al desiderio del dottor Venere pubblicando la parte essenziale della sua osservazione.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Laurea dottorale ed esame di Stato.

Tra i problemi che la riforma universitaria Gentile ha sollevato, è quello della laurea dottorale in rapporto all'esame di Stato. Sull'argomento ha pubblicato un articolo, in *Minerva*, il prof. Siragusa dell'Università di Palermo, il quale aveva studiato l'argomento sin da quando era ministro della P. I. Guido Baccelli ed aveva fatto parte di una commissione di professori dell'Università di Palermo, fra i quali era l'on. V. E. Orlando per lo studio della riforma Baccelli. A proposito della riforma Gentile ritorna sopra i suoi propositi, i quali derivano dalla considerazione che i due scopi dell'istruzione universitaria: lo scopo scientifico e lo scopo professionale, sono stati finora confusi. Il Siragusa, ed altri con lui, intendevano allora ed intendono ora, che sia còmpito dello Stato, ma non delle Università, di riconoscere la capacità ad esercitare le singole professioni, alle quali gli Atenei possono convenientemente preparare, per cui non si può contestare allo Stato il diritto di riconoscere siffatta idoneità col mezzo dei suoi esami.

Il disegno Baccelli, approvato dalla Camera dei deputati nel 1884, ripresentato con parecchie modificazioni nel 1898, non giunse mai a diventare legge dello Stato. Per tale disegno la laurea dottorale avrebbe dovuto essere un titolo assolutamente scientifico, mentre pel fine professionale le Università avrebbero dovuto assumere il carattere di Istituti di preparazione agli esami di Stato, con metodi e con programmi particolarmente determinati. Seguiva che i due fini dell'istruzione superiore venivano ad essere nettamente distinti.

Con la riforma Gentile, invece, la laurea veniva ridotta ad un semplice titolo di ammissione all'esame di Stato, perdendo ogni importanza, ogni dignità, anche perchè, coordinata all'esame di Stato, veniva ad essere sottoposta ad una sorta di controllo, onde ne sarebbe risultata offesa la dignità degli Atenei, i quali avrebbero visto sottoposti i loro giudizi al predetto controllo. Oltre a ciò la confusione tra i due fini dell'istruzione superiore, che il vecchio disegno Baccelli mirava ad eliminare, sarebbe divenuta peggiore. Vi è su questo argomento l'esempio tedesco.

In Germania il giovane che vuole seguire gli studi superiori sostiene anzitutto l'*Abiturienten Examen*, equivalente a un dipresso alla nostra licenza liceale, e se lo supera viene iscritto. Dopo un certo numero di prove si presenta all'esame di Stato per essere abilitato ad esercitare una professione, ma vi si presenta quando vuole, quando vi si sente abbastanza preparato. La laurea è tutt'altra cosa, nè ha alcun rapporto con l'esame di Stato. Chi vuol fare il medico, il chirurgo, l'avvocato, il notaro, l'insegnante, deve dimostrare la sua capacità nell'esame di Stato; ma non occorre che sia dottore. Lo sarà se avrà saputo attingere i più alti gradi del sapere indipendentemente da qualsiasi proposito professionale; e la laurea è così un alto titolo dottorale che non dà diritto a nulla all'infuori dell'esercizio della libera docenza che colà chiamano « docenza privata »; titolo che si ottiene dopo prove serie, tra le quali principalissima una dissertazione originale, che deve presentarsi stampata e pubblicata, onde cada, non soltanto sotto il giudizio della Commissione giudicatrice, ma anche sotto il sindacato del pubblico dotto.

A questi criteri pare che voglia aderire il ministro Fedele poichè egli disse al Senato:

« L' Università, come istituto eminentemente scientifico non può dare che titoli scientifici: ed io penso se non sia opportuno, senza modificare l'attuale ordinamento dato agli istituti superiori dalla legge Gentile, introdurre la laurea dottorale, il vero alto titolo di cultura da conferire a coloro che usciti dalle Università, proseguano gli studi e dieno prova della loro compiuta maturità scientifica con una dissertazione a stampa ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AVIGLIANO (*Potenza*). — Scad. 15 mar.; due cond. di campagna; L. 6000 (prossimo aumento a 8000) e 4 quadrienni decimo; L. 300 per servizio di aiuto all'uff. san.; L. 1500 cav., obbligat.; età lim. 40 a. Certif. pen. a 1 mese; altri docum. a 3 mesi.

BRESCIA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanit. e direttore dei servizi sanitari del capoluogo; vedi fasc. 8. Scad. 31 marzo.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Primario anatomopatologo; proroga al 31 marzo, ore 16.

CIRIGLIANO. (*Potenza*). — A tutto 15 marzo; lire 7000, oltre L. 500 uff. san.; tassa L. 50.10. Serv. entro 15 gg.

COTTANELLO (*Roma*). — Al 31 marzo, cond.; L. 10.600 fra stipendio ed indennità comprensiva; L. 50,15 tassa, al Sindaco.

DOMODOSSOLA. *Ospedale di S. Biagio.* — Primario medico. Scad. 30 apr. L. 2400 oltre 50 % tasse di cura e 60 % tasse ambulat. Lib. doc. in patol. med. o clin. med. Laurea da 10 anni.

FERRARA. *Arcispedale di Sant'Anna.* — Due medici primari, un chirurgo primario, due assistenti-aiuti di medicina e uno di chirurgia. Vedi fasc. 9. Scad. ore 17 del 31 marzo.

IMPERIA. — Uff. san. Scad. 15 mar. L. 12,000, c.-v., diritti trasferta, 10 bienni ventesimo. Ab. 26,103. Titoli ed esami. Età 35 a. Tassa L. 50.20.

MELZO (*Milano*). *Ospedale S. Maria delle Stelle.* — A tutto il 31 marzo, med. chir. assistente; vedi fasc. 9.

RIGNANO GARGANICO (*Foggia*). — Scad. 15 mar.; L. 9000 e 5 quadrienni decimo. Età lim. 45 a.

ROMA. *Ministero della Giustizia e dei Culti.* — Nove posti di medico assistente nei manicomi giudiziari: titoli scientifici e pratici; domanda (in carta legale da L. 3) non oltre il 15 apr. alla Regia procura generale del distretto di Corte d'appello in cui gli aspiranti hanno il loro domicilio o la loro abituale residenza; età lim. 35 a.; tassa L. 50 all'ufficio del registro; docum. a 3 mesi. Periodo di prova non infer. a 6 mesi con indenn. di L. 500 mens.; stip. L. 7000 oltre L. 500 supplem. serv. attivo, L. 1000 indenn. speciale e le indenn. c.-v.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — A Bengasi occorre uno specialista per la Direzione del Laboratorio batteriologico di quella città alle stesse condizioni degli altri tre specialisti già assunti, e cioè: L. 6000 stipendio; L. 6000 indennità coloniale; L. 9000 indennità di specializzazione; indennità c.-v. nella stessa misura goduta dai funzionari di ruolo e fino a quando costoro ne godranno. È necessario che il candidato sia disposto a recarsi in Colonia alle condizioni anzidette, e col trattamento giuridico stabilito, pei sanitari coloniali, col decreto ministeriale 13 ottobre 1921.

SALSOMAGGIORE (*Parma*). — 3ª cond., per Piè di Via, a 4 km.; zona montuosa; ab. 2700 in massima parte sparsi; pov. 1000; L. 9500 e 5 quadrienni decimo, oltre L. 4000 se cavallo o automobile, L. 1800 se motocicl., L. 500 se bicicl.; L. 1000 c.-v. Scad. ore 18 del 20 marzo. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi. Quietanza tassa L. 50.10 all'Esattoria com.

S. LAZZARO DI SAVENA (*Bologna*). — 2ª cond.; alle ore 12 del 14 marzo; per 3 fraz.; L. 7500 e 5 quadr. decimo, oltre L. 3000 cav. e L. 250 ambul. Età lim. 39 a.

SUPINO (*Roma*). — 2ª cond.; a tutto il 15 mar.; L. 7500 e c.-v.; età lim 40 a. Tassa L. 50.10 al tesoriere com. Docum. a 3 mesi. Dalla Congregaz. di Carità assegno di L. 4000 a L. 6000, da ripartirsi in ugual misura tra i due condottati.

VIDOR (*Treviso*). — Scad. 20 marzo; L. 9500; 1º c.-v.; per uff. san. L. 500. Schiarimenti dalla Segreteria com.

Diffide e boicottaggi.

Revoca di diffide: Torre Annunziata (Napoli).

CONCORSI A PREMIO.

Fondazione Pagliani.

Concorso ai premi della Fondazione « Luigi Pagliani » istituita presso la R. Università di Torino per l'aggiudicazione di un premio di L. 5000 lorde e di altri minori coi redditi disponibili, e di medaglie di benemerenza ad appartenenti al personale tecnico dei servizi pubblici igienico-sanitari dello Stato, delle Provincie e dei Comuni, o degli istituti di igiene universitari, che si siano distinti per studi, pubblicazioni, progetti ed esecuzioni di opere, o fondazioni di istituzioni, le quali abbiano efficacemente contribuito, o possono efficacemente contribuire al risanamento dei loro ambienti, od alla preservazione da malattie infettive.

Gli aspiranti devono presentare alla segreteria dell'Università le domande (in carta da L. 2) coi documenti comprovanti i loro titoli di merito, legalizzati da autorità competenti, diretti al rettore, entro il 30 aprile. Potranno essere fatte pure entro detto termine proposte di giudicandi per i premi da parte degli Enti pubblici a favore del personale addetto ai loro servizi igienico-sanitari. La Commissione esaminatrice potrà di sua iniziativa con una maggioranza di quattro voti su cinque, prendere in considerazione premiandi non concorrenti o non proposti.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

L'esito del concorso alla cattedra di radiologia, elettrologia e terapia fisica della R. Università di Pavia, ha portato alla seguente graduatoria: 1) prof. Felice Perussia di Milano; 2) prof. Luigi Siciliano di Firenze. Avendo il prof. Perussia accettato, è stato nominato a quella cattedra.

La Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia nel suo ultimo Congresso di Padova (dicembre 1924) nominava soci onorari i professori Udo Julius Wite di Michingan (Stati Uniti d'America) e C. Levaditi di Parigi e soci corrispondenti i professori A. Eddowes di Londra, B. Barker Beeson di Chicago, M. Oppenheim di Vienna, L. Freund di Vienna, C. Simon di Parigi, G. Photinos di Atene.

Il prof. P. L. Bosellini, direttore della R. Clinica Dermosifilopatica di Roma, fu recentemente nominato socio corrispondente della Società tedesca di Dermatologia e Sifilografia. Rallegramenti vivissimi.

Al dott. Ettore Patroni, vice-direttore dell'Ufficio d'Igiene e direttore del Servizio medico scolastico di Sampierdarena, è stata assegnata una medaglia di benemerenza della salute pubblica, per i servizi prestati con abnegazione e competenza nelle campagne anticolerica ed antivaiolosa.

Il prof. H. Roger, decano della Facoltà Medica di Parigi, lascia la cattedra di patologia sperimentale e comparata, e va ad occupare quella di fisiologia, rimasta vacante pel ritiro del prof. C. Richet. Al suo posto subentra il prof. Rathery. Il prof. Bezançon succede al prof. Chauffard nella cattedra di clinica medica.

Il dott. comm. Latis bey, chirurgo ginecologo dell'Ospedale Israelitico di Alessandria d'Egitto, è nominato membro del Consiglio Sanitario Internazionale Marittimo e Contumaciale.

L'Università di Parigi ha nominato dottori « honoris causa » S. Ramon y Cajal di Madrid e Almorth E. Right di Londra. Le insegne sono state rimesse personalmente ai due scienziati, in una solenne seduta alla Sorbonne, sotto la presidenza di Appell.

Il prof. Uffenheimer, di Monaco, è chiamato a dirigere la Clinica pediatrica dell'Università di Magdeburgo.

NELLE SCUOLE MEDICHE.

Il primo centenario dalla nascita di J.-M. Charcot (1825).

Guillain, quarto successore.

Al « Bureau de la Société de neurologie », a Parigi MM. Crouzon, Guillain, Meizé, Barbé, P. Délague, con l'editore Masson attendono all'ordinamento della celebrazione del primo centenario dalla nascita del Charcot. Il Guillain, intanto, è succeduto ai Charcot, Raymond, Dejerine sulla cattedra, che Pierre Marie ha lasciato; vegeto sempre di quella *verte vieillesse*, così suggestivamente descritta dal Lacassagne.

Guillain è il quarto eletto alla successione, e nella sua prolusione ha rivolto un pensiero grato alla memoria del Padre, e dei Maestri passati: Landouzy, Tillaux, Joffroy, Raimond. Sacro gli è il ricordo del discepolo Jean Dubois; la cui salma posa nell'umbratile camposanto di un villaggio, vicino alle gloriose zolle di Verdun.

Guillain, salendo al seggio celebrato, ha fatto un pubblico atto di fede alla revisione critica della scienza, e all'incremento di lei. Ha argomentato con la sicurezza di chi sa a fondo la materia, e arriva alla sintesi completa, dopo esatta osservazione analitica.

Il suo discorso vigoreggia e assume forma organizzata, irrorato — come è — dal succo vitale delle profonde conoscenze; e riflette con naturale sistematica precisione il germogliare di esse, dal vecchio tronco della scienza fino a' suoi più freschi e giovani polloni.

Prudentissimo e riservato è il Guillain sui risultati della fisio-patologia sperimentale, quando si vogliono applicare alla clinica umana! Egli poi scarta volentieri la faciloneria di artificiosi schemi, i quali spesso non corrispondono in realtà alle complesse e variabili condizioni cliniche semeiologiche della patologia nervosa e mentale.

Orizzonti chiari scorge nella fisica medica, da Weiss, Lapicque, Bourguignon applicata allo studio delle proprietà neuro-muscolari; influsso nerveo, fenomeno vibratorio, onda di polarizzazione, processo di risonanza.

Altri orizzonti scorge nella biologia, applicata alle ricerche umorali, ai virus e sostanze neurotrope; i cui dati occorrono a risolvere i problemi delle tossi-infezioni, e di malattie a patogenesi non bene definita: la sclerosi multipla, e la laterale amiotrofica.

La via retta e certa si rinviene nel *vetera novis augere et perficere*, e perciò il Guillain insiste nelle ricerche cliniche su le condizioni della reflettività, sensibilità, motilità, e sopra il metodo clinico. Termina le sue affermazioni di fiduciosa speranza, con uno sguardo confortante alla chirurgia neurologica (applicata all'asportazione di neoplasie, e agli interventi sui ventricoli cerebrali), e alla radioterapia, rivolta non tanto su antiche lesioni, ma preferibilmente su recenti alterazioni di sclerosi nevrogliche esordienti.

Guillain rimane tuttavia l'allievo del Marie, pur essendo un serologo affinato alla più squisita tecnica biologica. E il Marie nella sua fiorita canizie, con il consiglio segue l'intensa coltura del campo neurologico. Di lui abbiamo le recenti monografie scritte insieme con Foix, Bouttier, Alayouanine, sui riflessi d'automatismo, l'encefalite letargica, la neurologia bellica, i disturbi della sensibilità di origine cerebrale, le atrofie cerebellari corticali. C'è nel Marie sempre lo spirito di una acuta osservazione originale, già svelato con i precedenti studî su l'atrofia (tipo Charcot-Marie), l'osteopatia ipertrofica pneum., l'eredoatassia-cerebellare, la spondilosi rizomelica, e l'*acromegalia* (anno 1896, *Revue de Med.*).

Da noi, l'anno 1877, nella scuola fiorentina di anatomia patologica Vincenzo Brigidi (allora allievo del Banti) aveva fatto uno studio personale sovra « un uomo divenuto stranamente deforme », alle estremità. All'autopsia rinvenne un adenoma dell'ipofisi, che aveva dilatato la sella turcica in ogni diametro, e descrisse con precisione i caratteri isto-patologici dell'alterazione, legata alla peculiare *distrofia sistematica*, appartenente alle *sindromi ipofisarie;* intorno alle quali si vedono la recentissima monografia del prof. Carlo De-Gregorio (Roma, 1924), e gli studii del Roussy. (*La Clin. Med. Ital.*, anno 1911, pag. 653).

Il Marie portò efficace contributo allo studio della natura tossi-infettiva della paralisi infantile, e della sclerosi a piastre; e rettificò i concetti predominanti, in addietro, sull'*afasia* motoria e la sensoriale, irrigiditi in uno schematismo, non conforme alla realtà, come tra altri pur il Banti, e il Tamburini rilevarono. Il Marie ammise una forma genuina di afasia, quella del Wernicke, ritenendo la sindrome di Paul Broca la risultante dell'afasia del Wernicke con l'anartria, da lesioni della zona lenticolare. L'innovatrice dottrina ha il parziale suffragio di neurologi (Monakow, Ladame, Mingazzini etc.). Il Mingazzini estende maggiormente il sostrato anatomico dell'afasia motoria (assegnato al lobulo del Broca) e l'estende oltre la *pars opercularis* alla *pars triangularis* della 3ª circonv. frontale sinistra, e alla *pars anterior* dell'*insula*. Tolta poi ogni differenza clinica tra lesione della zona corticale e lesione della sottostante zona radiata, si propende ad ammettere un fascio di fibre fasicomotorie che dalla regione del Broca si porta alla parte anteriore del nucleo lenticolare.

Nella sua critica instauratrice Pierre Marie riconciliava le due forme dell'afasia, ed era sembrato e fu detto allora un romantico. Ancor ne sorride, mentre prosegue i suoi giorni nelle mirabili opere.

Con indirizzo semeiotico-clinico e anatomo-patologico aveva anche proceduto dal 1911 al 1917 il Dejerine, con seriali lavori sui centri nervosi e loro lesioni intime e fini. L'atrofia muscolare progressiva miopatica (*faccio-scapolo-omerale*), tipo

Dejerine-Landouzy; la nevrite interstiziale ipertrofica, tipo Dejerine-Sottas; la claudicazione intermittente d'origine midollare; le radicoliti; l'anotomia dei centri nervosi; la semeiologia neurologica, son frutti dell'intensa e perseverante sua coltura. Egli era stato preceduto dal Raymond, succeduto al Charcot (dopo breve e brioso interregno di Brissaud). Sentì il Raymond tutto il peso della successione all'altissimo Maestro. Egli documentò un lavoro serio e ordinato ne' suoi volumi di Clinica, e ne' suoi studî su le Nevrosi e le Psicosi, ecc.

*
* *

Charcot venne alla Salpêtrière l'anno 1862, e vi fu professore dall'82 al '92.

Rivolse i primi studi *sur les maladies des vieillards*, sulla semeiologia dell'emorragia cerebrale, *la déviation conjuguée de la tête et des yeux;* ond'egli era uscito nel memorabile detto che *le malade regardait sa lésion*. In trent'anni di studio fu ammirato artefice di memorabili lavori: la sclerosi laterale amiotrofica, le artropatie tabetiche, la sclerosi a placche, la paralisi spinale spastica, l'atrofia muscolare progressiva (tipo Charcot-Marie), la demenza secondaria a forme miopatiche distrofiche (tipo Charcot-Guinon), la *démarche tabeto-cerebelleuse*, l'*ictus laringeo* (tabico), il peculiare tremore (segno di Charcot-Marie) e la diminuita resistenza elettrica (segno di Charcot-Vigouroux) nel gozzo esoftalmico, ecc. ecc.

Parigi intelligente e colta affluiva alla Salpetrière, *à la leçon du Mardi*, rammemorata nello storico e animato quadro del pittore André Brouillet.

Le ulteriori conoscenze hanno pur qui rettificato i concetti d'allora, specie sull'isterismo. « On peut lui reprocher d'avoir démesurement étendue le domaine de l'hysterie, et de ne s'être pas assez méfié de sujets, pour qui tout est songe et mensonge ». Così osserva un colto e arguto spirito parigino su quest'argomento, che si ricollega con la simulazione e la dissimulazione nell'infermità mentale, e gli altri vitali problemi della Medicina legale e sociale intorno alle malattie simulate, aggravate, protratte, pretestate, o dissimulate (Perrando, Cevidalli, Leoncini, Chavigny, ecc. ecc.). E un altro sottile spirito critico, il Babinski, distinse i segni riferibili a fenomeni organici da quelli funzionali puri, e nella sindrome pitiatica mise in rilievo la prevalente natura psicogena della malattia, che aveva tanto preoccupato e incuriosito le cronache mondane d'un tempo, per la sua scenica teatralità.

Ciò non toglie nulla alla figura splendida del Maestro, la cui opera rifulge nel tempo e nelle nazioni colte e civili. Il primo centenario auspica bene all'avvento del Guillain, il suo quarto successore eletto.

Genova, 18 febbraio 1925.

Prof. LUIGI CARLO MASSINI.

NOTIZIE DIVERSE.

Convegno internazionale di anatomici.

Dal 6 all'8 aprile si adunerà a Torino la 20ª assemblea dell'Associazione Internazionale degli anatomici; sarà presieduta dal prof. Romiti e ne saranno vice-presidenti i proff. Prénant, Sala e Levi. Per le comunicazioni e per richieste d'informazioni rivolgersi al prof. G. Levi, Istituto Anatomico, corso M. D'Azeglio, 52, Torino.

Sindacato Nazionale Direttori di Ospedali.

L'Associaz. Naz. dei Sanitari Direttori di Ospedali, trasformatasi per *referendum* in Sindacato, procedette a Milano alla elezione del nuovo direttorio; risultarono: Enrico Ronzani, Milano; Achille Angelini e Guido Mendes, Roma; Attilio Curcio, Napoli; Luigi Guerra Coppioli, Firenze; Edmarido Orlando, Padova; Eduardo Guicciardi, Modena; Oreste Cignozzi, Grosseto; Ugo Betti e Arturo Campani, Brescia; Ernesto Palicelli per i piccoli Ospedali.

Consiglio Superiore della Cassa Nazion. Infortuni.

Si è adunato il Consiglio Superiore della Cassa Nazionale Infortuni. Da una prima valutazione delle risultanze dell'esercizio è risultato che, quanto alla gestione infortuni nell'industria, si è verificato nel 1924 uno sviluppo di operazioni superiore a quello degli ultimi anni, malgrado la tenace concorrenza. Per la gestione infortuni in agricoltura, che la Cassa Nazionale esercita per mandato dello Stato, i dati raccolti confermano ancora una volta, alla stregua dei dati ufficiali e contrariamente ad ogni interessata affermazione, che la gestione informata ad assoluta tecnicità si svolge con una limitazione di spese quale non si riscontra in nessuno dei pochi Enti cui tale gestione è affidata in alcune Provincie del Regno.

Il Consiglio Superire ha approvato il nuovo Regolamento degli Uffici, dopo esauriente discussione.

Il concetto fondamentale di ordinamento decentrato dell'Istituto, introdotto fin dal 1912 e che è andato gradualmente estendendosi fino all'istituzione di 35 Compartimenti funzionanti autonomamente, beninteso alla dipendenza e con le direttive della Sede Centrale, ordinamento che ha dato ottimi risultati, è stato confermato. La funzione amministrativa dei Compartimenti è integrata dall'attività di circa 70 Sedi locali da essi direttamente dipendenti, oltre alle Agenzie di produzione. Il nuovo Regolamento degli Uffici sancisce norme intese a conferire alle Sedi un fine amministrativo proprio, autonomo, circoscritto bensì, ma pur notevole per entità di lavoro e tale da soddisfare alle esigenze locali dei datori di lavoro e dei lavoratori. Si estenderà, quindi, presso le Sedi l'istituzione degli *ambulatori medici* che tanto giovano alla restituzione dell'integrità lavorativa dei colpiti da infortunio.

Corso di crenoterapia.

Nella R. Università di Parma è stata istituita dal Ministero della Pubblica Istruzione una Scuola di idrologia e idroterapia che ha l'intento di preparare i Medici alla conoscenza scientifica e all'applicazione delle acque termali a scopo terapeutico (Crenoterapia) colmando così una vera lacuna nell'insegnamento universitario lamentata da anni dai cultori dell'Idroterapia e più volte denunciata dai Congressi Medici ai Ministri della P. I.

Col suo nuovo ordinamento l'Università Parmense, una delle prime a dare insegnamenti liberi di Crenoterapia, è autorizzata a svolgere ogni anno dei corsi a termine dei quali, colle debite prove di esame, sarà dato un diploma di specializzazione che avrà valore nei concorsi ai posti di medico termale.

Al corso speciale di Crenoterapia sono ammessi i laureati in medicina e chirurgia.

La durata del corso è di un bimestre e sarà tenuto dal 15 marzo al 15 maggio.

Le lezioni sono impartite da professori universitari e liberi docenti ed hanno indirizzo teorico pratico. Esse saranno svolte presso i diversi Istituti della R. Università, presso le Terme di Salsomaggiore e le altre stazioni termali del Parmense.

Corso di perfezionamento in " Medicina del Lavoro ".

Avrà inizio il 16 marzo presso l'Istituto di medicina legale di Roma. Sarà impartito dai proff. Ottolenghi, Ascarelli, Diez, Ranelletti, Puntoni e Loriga. Premi su di un fondo di L. 5500 messo a disposizione dalla C. R. I. Tassa di L. 250 all'Economo dell'Università; sopratasse di lire 100 circa.

Inaugurazione della Biblioteca medica di Roma.

Con l'intervento di S. E. il ministro della P. I. on. Fedele, e del direttore generale dell'Istruzione superiore gr. uff. Frascherelli, il giorno 26 è stata inaugurata nella sede del Policlinico la Biblioteca medica di Roma.

Questa nuova biblioteca, germogliata in seno alla R. Accademia Medica romana, è stata finalmente costituita in seguito all'indefessa opera svolta dal clinico di Roma, prof. Vittorio Ascoli, durante il quadriennio in cui ha presieduto la R. Accademia stessa.

La Biblioteca è oggi divenuta un ente legalmente indipendente, in seguito a convenzione stipulata fra Ministero, Università, Commissione Ospitaliera e R. Accademia; essa è costituita dalle numerose opere pervenute alla R. Accademia, dalle donazioni Manassei e La Torre, e da quei libri acquistati con fondi governativi, che si trovavano annessi alla Biblioteca Lancisiana degli Ospedali di Roma.

Il prof. Ascoli lesse un discorso inaugurale nel quale, dopo avere esposto la storia di questa Biblioteca, esaltò la funzione e l'importanza che essa potrà avere per la formazione di medici colti e di studiosi dei problemi della medicina.

Dopo il prof. Ascoli, presero la parola l'on. prof. Pestalozza a nome della Facoltà medica ed il comm. Vitetti per la Commissione ospitaliera.

Alla cerimonia intervenne gran numero di professori ed uno scelto pubblico medico.

Per l'assetto edilizio della Università di Napoli.

Il Ministero per l'istruzione pubblica ha stanziato, con R. Decreto-Legge n. 1705, la somma di L. 6 milioni, da devolversi, in tre rate eguali e con scadenza al 1927, a favore della R. Università di Napoli, per la prosecuzione dei lavori di sistemazione edilizia della detta Università.

Integrazione della Facoltà medica di Camerino.

Mercè larghe sovvenzioni di vari Enti locali e un assegno erogato dal Governo, il corso di studi medici nell'Università libera di Camerino è stato portato a 6 anni, come in ogni altra Università, mentre finora era limitato ai soli primi 4 anni.

L'Università è stata ufficialmente riconosciuta con R. D. n. 2259.

L'insegnamento dell'antropologia criminale a Napoli.

La Facoltà Medico-chirurgica, il Senato accademico e il Consiglio di Amministrazione della Regia Università di Napoli hanno unanimemente deciso di ripristinare la ufficialità dell'insegnamento della Antropologia Criminale con l'annessa direzione del Gabinetto-Laboratorio « Giambattista della Porta »; l'insegnamento continuerà ad essere impartito dal prof. Angelo Zuccarelli, che ha iniziato i corsi.

L'asilo di Marechiaro.

È stato eretto in Ente morale, con la denominazione definitiva di « Asilo Tropeano a Marechiaro »; il prof. Giuseppe Tropeano è stato nominato presidente e direttore generale a vita del Consiglio d'Amministrazione; tutte le cariche sono assolutamente onorifiche.

In onore di nuovi professori.

La sera del 7 febbraio si è adunato a un cordiale simposio il personale dell'Istituto d'Igiene di Roma, per festeggiare l'assunzione del prof. Giulio Alessandrini alla cattedra di parassitologia e del prof. Vittorio Puntoni alla cattedra di batteriologia, in esito a recenti concorsi.

La sera del 16 febbraio colleghi, amici ed ammiratori hanno offerto in Torino un banchetto ad un gruppo di nuovi professori, provenienti da quella Università e di recente nominati presso varie Università del Regno: Azzo Azzi di batteriologia e Ottorino Uffreduzzi di patologia chirurgica a Torino; Mario Bertolotti di radiologia a Roma; Gian Maria Fasiani di patologia chirurgica e Tullio Terni d'istologia a Padova; Luigi Concetti de Martiis di anatomia comparata a Bari; Tullio Gayda di fisiologia e Giovanni Negri di botanica a Cagliari; Gaetano Viale di fisiologia a Sassari.

Conferenze internazionali sull'oppio.

La prima Conferenza convocata a Ginevra dal Consiglio della Società delle Nazioni nello scorso dicembre per assicurare la graduale soppressione dell'oppio da fumo nei territori dell'Estremo Oriente, è pervenuta ad un accordo le cui disposizioni principali sono le seguenti:

L'importazione, la vendita e la distribuzione dell'oppio costituiranno un monopolio di Stato ed il diritto d'importare, di vendere e di distribuire l'oppio non potrà essere affidato, concesso o delegato a chicchessia;

l'esportazione, il transito o il trasbordo dell'oppio, sia greggio, sia preparato, fuori o per un possedimento o un territorio nel quale l'importazione dell'oppio da fumo è mantenuto, sarà interdetta.

La seconda Conferenza si è pure adunata in dicembre, formando varie sottocommissioni. La sottocommissione « A » si è dichiarata favorevole al principio del certificato d'importazione, vale a dire che tutti i Governi dovranno impegnarsi a non autorizzare l'esportazione di prodotti contemplati dalla Convenzione se non dopo aver ricevuto un certificato del Governo importatore il quale dichiari che le materie importate sono destinate al consumo legittimo.

La Delegazione americana ha presentato una proposta relativa all'interdizione della manifattura e del consumo dell'eroina; una proposta sulla distribuzione dell'oppio greggio e delle foglie di coca; una proposta secondo cui le Potenze nel cui territorio è attualmente autorizzato temporaneamente l'uso dell'oppio preparato da fumo, dovrebbero impegnarsi a ridurre ogni anno, durante un periodo di dieci anni, le loro importazioni di oppio greggio destinate alla manifattura dell'oppio preparato, per una quantità eguale al 10 per cento delle loro importazioni attuali, cioè fino a completa soppressione.

Come abbiamo già annunziato, la seconda conferenza ha redatto uno schema di protocollo per una convenzione internazionale.

Campagna anticancerosa in Inghilterra.

Si è tenuta a Londra un'adunanza dei sanitari delle principali compagnie d'assicurazione, per avvistare i mezzi più pratici di lotta contro il cancro e organizzare una campagna anticancerosa.

Corso internazionale per infermiere a Londra.

Il 1° settembre 1925 si aprirà a Londra, presso il « Bedford College for Women », il 6° Corso Internazionale per Infermiere Visitatrici della Croce Rossa ed il 2° Corso Internazionale per Direttrici di Scuole Infermiere. Questi Corsi termineranno nel luglio del 1926.

Si accettano le domande di infermiere della C. R. I. che desiderino seguire i Corsi a loro spese (spesa totale del Corso: lire sterline 200, più le spese di viaggio di andata e ritorno).

La Lega delle Società delle Croci Rosse ha riservato un fondo per aiutare le diverse Associazioni di Croce Rossa a conferire delle *borse di studio*. Ogni richiesta a **favore di una candidata** presentata per il tramite della C. R. I. sarà presa in seria considerazione. La preferenza sarà accordata alle candidate che oltre ai requisiti richiesti, abbiano assicurato un posto direttivo al loro ritorno in patria.

Maggiori chiarimenti presso il Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana, via Toscana, 12, Roma.

Affissi murali per la Croce Rossa.

La Lega delle Società della Croce Rossa con sede a Parigi, ha indetto un concorso internazionale fra gli artisti di tutto il mondo per la creazione di affissi murali che simbolizzino l'opera che la Croce Rossa svolge in tempo di pace.

Un premio unico di 5000 franchi sarà assegnato all'autore dell'affisso che sarà ritenuto migliore, da apposita Commissione, che potrà consigliare l'acquisto degli altri affissi, attribuendo ad ognuno un premio di 500 franchi.

I lavori presentati dovranno poter essere riprodotti in affissi formato doppio Colombier (altezza 1.20 per larghezza 0.80). Gli artisti che desiderano prender parte al concorso sono pregati di voler inviare il proprio nome al segretario della Lega prima del 1° aprile 1925. I lavori dovranno essere in possesso del segretario della Lega delle Società della Croce Rossa - N. 2 Avenue Velasquez - Parigi (8) prima del 31 maggio 1925.

Per le nostre acque minerali.

L'editore A. Cordani di Milano (via Stoppani n. 17) sta per pubblicare una piccola enciclopedia medica, nella quale sarà dedicata una parte alle stazioni termali italiane ed in generale alle nostre acque minerali. La « Rivista Italiana di Idrologia » (anno 1°, n. 1), si compiace di tale iniziativa e formula l'augurio che, mediante l'appoggio dei medici e del pubblico, si diffondano largamente le enciclopedie italiane, compilate con criteri di rispetto ai nostri tesori idrologici, per contrapporsi a certe enciclopedie estere, le quali come bene ha segnalato il sen. prof. Queirolo, « sogliono ignorare le nostre acque, anche le più importanti ».

ERNESTO BUMM (1858-1925).

Con la morte di ERNESTO BUMM, avvenuta ai primi di gennaio per malattia acutissima, la ginecologia tedesca ha perduto il suo più insigne rappresentante.

Uomo di prim'ordine sotto i vari aspetti della sua molteplice attività, dell'insegnante come del medico, dell'operatore, dello scienziato, il Bumm nulla aveva della classica figura del professore tedesco, barbuto, occhialuto e pedante: chè sue caratteristiche erano la signorilità dell'aspetto e del tratto, la espressione gioviale e un po' ironica del volto.

Aveva sortito da natura temperamento artistico e preziose attitudini al disegno, ch'egli aveva svi-

luppato e perfezionato con passione, traendone una impareggiabile capacità didattica.

Chi, come lo scrivente, ebbe la fortuna di seguirne per qualche tempo l'insegnamento clinico, non potrà mai dimenticare il modo quasi magico con il quale durante le conferenze cliniche dalle mani dell'insegnante, sulla lavagna balzava con pochi tratti la visione precisa e convincente di ciò che egli stava esponendo con le parole, cosicchè l'uditorio poteva ad un tempo vedere ciò che ascoltava.

A queste stesse mirabili virtù artistiche dell'autore deve la propria fortuna il trattato di ostetricia, del quale da oltre venti anni si susseguono nuove edizioni: chè tutte le illustrazioni che accompagnano e quasi soverchiano il testo furono dal Bumm stesso meditate e fatte eseguire o eseguite personalmente.

Le ricerche e le pubblicazioni scientifiche numerosissime del Bumm vertono su tutti i campi della ostetricia e della ginecologia: ma alcuni argomenti egli predilesse e ad essi applicò lungo tempo e a varie riprese il suo acuto ingegno. Fra questi furono gli studi batteriologici, le questioni di tecnica e chirurgia ginecologica e quanto si riferisce alla cura del carcinoma uterino.

E in questi campi lasciò orme profonde e durature.

A lui si devono importanti ricerche sulla blenorragia femminile: riuscì per primo a coltivare il gonococco.

Della sua grande esperienza chirurgica andava da molti anni raccogliendo i risultati in un trattato di chirurgia ginecologica corredato di infinite illustrazioni lungamente meditate e fatte e rifatte e perfezionate le cento volte, libro destinato come già quello di ostetricia, a costituire un vero avvenimento. Purtroppo soltanto il primo volume già consegnato all'editore, uscirà come opera postuma dell'autore.

Nè si può passare sotto silenzio ciò che la radio- e radiumterapia debbono al Bumm ed alla sua scuola; ad essi va attribuita una parte preponderante nella rivoluzione che questi agenti fisici hanno portato nei metodi di cura del carcinoma e di altre affezioni ginecologiche.

E quale che sia per essere il giudizio definitivo sulle possibilità raggiunte, anche in questo campo rifulgono le superiori doti del Bumm che, chirurgo nell'anima, è disposto a rinunciare al bisturi senza malumore e riluttanza ove qualche cosa appaia all'orizzonte di più efficace e meglio rispondente ai fini di combattere il male; ma conserva pur nel suo entusiasmo di pioniere lo spirito di sana critica scientifica e sa sceverare i risultati apparenti dai veri e definitivi.

Insegnante successivamente a Basilea, a Halle, a Berlino, qui aveva prima occupato la 2ª clinica ginecologica, passando poi alla 1ª clinica, quale successore dell'Alshausen.

Non appare oggi fra i ginecologi tedeschi una figura di completo clinico quale fu il Bumm e che possa colmare il vuoto da lui lasciato, e chi sarà chiamato ad occuparne la cattedra dovrà sentirsi tremar le vene e i polsi.

V. ARTOM DI S. AGNESE.

Si è spento, per infermità incontrata in guerra, il ten. col. medico GIUSEPPE VILLASANTA, della Scuola di Sanità Militare di Firenze, apprezzato quale medico e quale insegnante.

A. R.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII — Roma, 16 Marzo 1925 — Fasc. 11

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

LABORATORI SCIENTIFICI
DEL MANICOMIO PROVINCIALE DI ROMA
diretto dal prof. A. GIANNELLI.

L'encefalite spontanea del coniglio ed il problema etiologico dell'encefalite «sperimentale» cosiddetta «da paralisi progressiva»

per il dott. FRANCESCO BONFIGLIO, libero docente.

Nei miei lavori sull'encefalite spontanea del coniglio, ho avuto occasione di esporre il mio punto di vista sul valore delle ricerche sperimentali di inoculazione nel coniglio di virus « encefalitogeni » eseguite fino ad oggi (virus dell'encefalite epidemica umana, virus erpetico, virus sifilitico, virus della paralisi progressiva). Su questo complesso problema, intorno al quale ferve oggi il dibattito fra i più autorevoli Sperimentatori (Doerr e Zdansky, Levaditi, Nicolau e Schoen, Plaut, Mulzer e Neubuerger, Kling, Davide e Liljenquist, Twort e Archer, Veratti e Sala, Da Fano ed altri), mi propongo di ritornare in un lavoro di prossima pubblicazione, nel quale riferirò in modo riassuntivo e con una certa ampiezza, i risultati delle mie ricerche sull'encefalite spontanea eseguite sopra circa 300 conigli fra normali e malati.

Credo però opportuno di anticipare questa nota per esaminare brevemente le vedute che in un recentissimo lavoro apparso nel n. 51 della *Muenchener medizinische Wochenschrift* il 19 dicembre u. sc., il Plaut, il Mulzer, ed il Neubuerger espongono sul problema etiologico dell'encefalite sperimentale del coniglio da « paralisi pro-

gressiva », poichè in detto lavoro vengono ampiamente discusse le idee da me espresse su tale questione (1). L'autorità dei tre Autori e l'importanza dell'argomento rendono necessaria una pronta risposta da parte mia.

Non a tutti sono forse note le idee da me espresse nei miei precedenti lavori. In questi io ho sostenuto che la scoperta dell'esistenza nel coniglio di una malattia spontanea decorrente per lo più senza sintomi clinici manifesti e che anatomicamente può essere definita come una *encefalite infiltrativa non purulenta*, rendeva necessaria una revisione di tutte le ricerche sperimentali eseguite nel coniglio coi diversi virus « encefalitogeni ». E dopo un esame critico delle principali ricerche su questo argomento concludevo che l'ipotesi più probabile sembrava quella che « le alterazioni infiammatorie dei centri nervosi dei conigli, osservate nelle diverse inoculazioni di cervello umano (di individui morti sia di encefalite epidemica, sia di paralisi progressiva, sia di altra malattia) non fossero dipendenti dai rispettivi trattamenti, ma fossero invece alterazioni dovute all'encefalite spontanea ».

I motivi principali per i quali propendevo per la detta ipotesi possono riassumersi così:

1) La maggior parte degli Autori che hanno sperimentato coi virus « encefalitogeni » non hanno tenuto conto dell'esistenza della encefalite spontanea nei conigli, nè hanno praticato l'esame del liquor che, come io ho mostrato, è *per lo più* l'unico mezzo che *può* permetterci di scoprire l'esistenza dell'encefalite spontanea. E perciò non si può scartare il dubbio che fra i conigli adoperati per le dette ricerche ve ne possa essere stato qualcuno affetto dall'encefalite spontanea. Se ciò fosse in realtà avvenuto, i risultati ne sarebbero completamente infirmati, poichè l'encefalite spontanea è malattia che si comunica facilmente da coniglio a coniglio mediante le diverse manovre sperimentali che si richiedono per la trasmissione dei diversi virus nei passaggi da coniglio a coniglio.

2) Le alterazioni istologiche dei centri nervosi osservate in seguito all'inoculazione coi diversi virus « encefalitogeni » (virus dell'encefalite umana, virus sifilitico, virus paralitico) non offrono caratteri differenziali manifesti da quelle osservate nell'encefalite spontanea.

3) Una differenziazione fra encefalite spontanea ed encefaliti « sperimentali » non può nemmeno farsi nè in base alle alterazioni del liquor, nè in base alla sintomatologia clinica. Come nelle diverse encefaliti « sperimentali », così anche nell'encefalite spontanea sono state osservate forme a decorso acuto, letale (Twort e Archer), forme decorrenti con sintomi di paralisi (Wright e Craighead), forme a decorso cronico e latente (Bull, Oliver, Doerr, Levaditi, Bonfiglio, Veratti e Sala, Da Fano, Jahnel e Illert ed altri).

4) Le ricerche di Jahnel e Illert e degli stessi Plaut, Mulzer e Neubuerger hanno dimostrato che nei conigli si può osservare l'encefalite non soltanto dopo avere inoculato poltiglia di cervello di individui morti per encefalite epidemica o per paralisi progressiva ma anche dopo l'inoculazione di cervello di individui morti per altre malattie (malattia di Wilson, demenza senile, uremia, morbo di Basedow) e perfino di cervello normale (Fauser) (1).

5) L'esame del liquor praticato regolarmente dal Plaut nei suoi conigli prima dell'inoculazione non rappresentava, secondo me, una garanzia sufficiente, poichè nelle mie numerose ricerche sui conigli affetti dall'encefalite spontanea, risultava che « l'esito negativo dell'esame del liquor praticato una sol volta non basta ad escludere con certezza l'esistenza nel coniglio della encefalite spontanea ». Alle stesse conclusioni giungevano successivamente Jahnel e Illert ed il Bigoni.

6) A tutti questi motivi si aggiungeva, per quel che riguarda le esperienze del Plaut, il fatto che nei conigli inoculati con cervello di paralitici progressivi non erano mai state riscontrate lesioni sifilitiche nè nel punto di inoculazione nè in altre parti del corpo, nè si era mai riusciti a scoprire la presenza della spirocheta pallida.

Questi in breve gli argomenti che a me sembrarono di tale importanza da inficiare grandemente tutti i risultati ottenuti fino ad allora nelle ricerche sperimentali di inoculazione nel coniglio di virus « encefalitogeni ».

---

(1) Sento il dovere di esprimere anche qui la mia gratitudine ai tre Autori per l'attenzione che hanno creduto di rivolgere ai miei lavori. Mentre altri Autori, come ad es. il LEVADITI nella sua recente monografia sull'encefalite spontanea del coniglio, citano appena di sfuggita le mie ricerche, il PLAUT, il MULZER ed il NEUBUERGER (come già in precedenza lo JAHNEL e l'ILLERT in Germania, il DA FANO in Inghilterra), mettono in evidenza il contributo da me dato alla conoscenza di questa malattia. Fra l'altro riconoscono che le mie indagini sul parassita dell'encefalite spontanea sono del tutto indipendenti da quelle presso a poco contemporanee del DOERR e dello ZDANSKY, del LEVADITI, del NICOLAU e della SCHOEN, come del resto dimostrano chiaramente i diversi metodi tintoriali da me adoperati e le diverse vie sperimentali da me seguite; e riconoscono che le mie ricerche sul liquor dei conigli « normali » sono state le prime a dimostrare che l'encefalite spontanea, la quale decorre per lo più in modo cronico e latente, può scoprirsi nel coniglio vivente mediante l'esame del liquor.

(1) Citato nel lavoro di PLAUT, MULZER e NEUBUERGER.

Dopo le mie ricerche e quelle degli altri Autori sull'encefalite spontanea e dopo le obiezioni da me sollevate sopra le loro ricerche sperimentali sulla paralisi progressiva, il Plaut, il Mulzer ed il Neubuerger hanno sentito il bisogno di riesaminare tutto quanto il complesso problema etiologico dell'encefalite « da inoculazione di materiale sifilitico e di materiale paralitico ». Le conclusioni a cui essi giungono nel loro ultimo lavoro sono le seguenti:

1) Nei conigli sifilizzati si possono osservare encefaliti prodotte dalle spirochete sifilitiche.

2) L'encefalite osservata in seguito alla inoculazione nei conigli di corteccia cerebrale di paralitici progressivi non ha nulla a che vedere con l'encefalite spontanea dei conigli; in essa non si è potuto trovare l'*encephalitozoon cuniculi* ritenuto l'agente patogeno dell'encefalite spontanea dei conigli.

3) L'agente etiologico, di natura ancora sconosciuta, che provoca nei conigli l'encefalite « da paralisi progressiva », si trova nel materiale d'inoculazione.

4) Nuove ricerche sperimentali mettono in dubbio che l'encefalite « da paralisi progressiva » dei conigli sia prodotta dalle spirochete sifilitiche.

La prima delle quattro conclusioni si basa su alcuni dati di fatto che possono dirsi inoppugnabili.

Come tali non intendo certamente considerare le ricerche dello Steiner, del Biach, dello Jakob, del Vanzetti, i quali hanno descritto nei conigli sifilizzati per diverse vie sperimentali, alterazioni cerebrali (coi caratteri di una encefalite infiltrativa non purulenta) che non hanno nulla di specifico per l'infezione sifilitica e che potrebbero quindi avere una diversa etiologia. Invece l'osservazione del Noguchi, il quale riuscì a riscontrare la spirocheta pallida nella corteccia cerebrale di un coniglio che, inoculato direttamente nel cervello con materiale sifilitico, aveva contratto una encefalite; l'analoga osservazione del Fontana e del Sangiorgi; l'osservazione dello Jakob (citato dallo Steiner) il quale riuscì a trovare la spirocheta pallida nel liquor di due conigli sifilizzati mediante inoculazione diretta nel cervello; l'esito positivo dell'inoculazione del midollo spinale di un coniglio con grave sifilide testicolare (Uhlenhuth e Mulzer, citati da Steiner); l'esito positivo dell'inoculazione del cervello con lesioni encefalitiche di un coniglio sperimentalmente sifilizzato (Plaut, Mulzer e Neubuerger); sono tutti fatti i quali stanno a dimostrare che nei conigli sifilizzati si possono osservare encefaliti veramente sifilitiche.

Appunto perciò io ho sempre separato il problema etiologico delle encefaliti che si osservano nei conigli sperimentalmente sifilizzati *con esito positivo* dal problema etiologico delle encefaliti osservate nei conigli inoculati con cervello di paralitici progressivi *con esito negativo*. E nel mio ultimo lavoro affermai esplicitamente: « per ciò che riguarda gli esperimenti con virus sifilitico, la dimostrazione, data anche recentemente dal Plaut, della inoculabilità della sifilide per mezzo dei centri nervosi dei conigli sifilizzati, dimostra che *almeno in una parte* di questi esperimenti l'encefalite osservata è di natura sifilitica ». Con ciò non voglio qui entrare in merito alla questione se dalle ricerche sulle encefaliti sifilitiche sperimentali risulti o no avvalorata l'ipotesi dell'esistenza di determinati stipiti di spirochete con uno speciale neurotropismo (Steiner, Plaut, Mulzer e Neubuerger).

Le altre tre conclusioni riguardano il problema dell'etiologia dell'encefalite « da paralisi progressiva ». A tal proposito è anzitutto interessante notare che il Plaut ed i suoi collaboratori hanno definitivamente rinunciato all'ipotesi che l'encefalite osservata nelle dette condizioni sperimentali possa ritenersi di origine sifilitica; e ciò principalmente perchè con una tale ipotesi non si accordavano alcuni fatti da loro osservati e cioè: la resistenza alla glicerina dimostrata dal virus dell'encefalite « da paralisi progressiva » ed il risultato negativo delle prove di immunità crociata fra detto virus ed il virus sifilitico.

Con ciò la distanza che separava le vedute del Plaut dalle mie viene ad essere notevolmente ridotta. Persiste però tuttora il disaccordo sopra un punto molto importante. Mentre a me è sembrato che fra le diverse ipotesi che si possono fare circa l'etiologia dell'encefalite « da paralisi progressiva » la più probabile fosse quella che la detta encefalite non sia altro che l'encefalite spontanea pura e semplice, il Plaut ed i suoi collaboratori insistono nel respingere questa ipotesi ed affermano che l'agente etiologico di natura ancora sconosciuta, che provoca l'encefalite « da paralisi progressiva », *proviene dal materiale inoculato*.

L'ipotesi che negli esperimenti di inoculazione dei diversi virus, possa nel materiale d'inoculazione, oltre all'agente etiologico della malattia che si vuole trasmettere, trovarsi un altro agente capace di provocare nei conigli una encefalite, fu avanzata per la prima volta dallo Jahnel e dall'Illert. Questi Autori, eseguendo delle ricerche di controllo alle ricerche sperimentali sul virus dell'encefalite epidemica umana, si avvidero che anche i conigli inoculati con cervello di individui morti per malattie diverse dall'encefa-

lite epidemica umana (malattia di Wilson, uremia, demenza senile) ammalavano di encefalite. I due Autori non avevano ancora riscontrato l'esistenza dell'encefalite spontanea fra i loro conigli e non potevano quindi fare altra ipotesi per spiegare il fatto da loro messo in evidenza. Ma quando, come essi stessi riferiscono in un successivo lavoro, si sono accorti dell'esistenza di questa malattia anche fra i loro conigli, non vi può essere dubbio che abbiano rinunciato alla loro ipotesi. Ciò del resto si desume chiaramente dalle conclusioni alle quali giungono i due Autori nel detto lavoro: « l'impossibilità di escludere con sicurezza l'esistenza dell'encefalite spontanea nei singoli casi, rappresenta una causa di errore non disprezzabile (eine nicht zu unterschaetzende Fehlerquelle) per la trattazione sperimentale di problemi di diversa natura (trasmissione di malattie infettive umane, intossicazioni sperimentali).

L'ipotesi dello Jahnel è stata ripresa dal Plaut e dai suoi collaboratori che l'hanno opportunamente modificata per adattarla ai risultati di nuove ricerche da loro eseguite. Mentre infatti lo Jahnel aveva inoculato cervello di individui nei quali la morte era avvenuta dopo un lungo periodo preagonico e pensavano quindi alla possibilità che germi « encefalitogeni » potessero emigrare nel cervello durante il detto periodo, il Plaut invece essendo riuscito ad ottenere l'encefalite inoculando nei conigli il cervello di un basedowiano morto improvvisamente durante l'operazione di tiroidectomia ed avendo riscontrato l'encefalite anche in un coniglio inoculato dal Fauser ripetutamente con cervelli « normali », ritiene che l'agente che in tutte queste diverse condizioni sperimentali provoca l'encefalite nel coniglio, sia contenuto *in vivo* nel cervello umano.

Nessun fatto viene dal Plaut addotto in favore dell'esistenza di un tale agente, del quale egli non può dare alcuna indicazione, nè può dire se è unico o molteplice, se è o no un agente vivente. L'ipotesi che l'agente etiologico che provoca l'encefalite « sperimentale » provenga dal materiale d'inoculazione si basa unicamente sulla negazione dell'altra ipotesi che, cioè, l'encefalite « da paralisi progressiva » altro non sia che l'encefalite spontanea.

Ma sono gli argomenti addotti dal Plaut e dai suoi collaboratori contro questa ipotesi sufficienti a farcela scartare? Esaminiamoli rapidamente.

Per escludere che i conigli adoperati per le loro esperienze possano essere stati affetti dall'encefalite spontanea, il Plaut ed i suoi collaboratori citano, come primo argomento, il risultato negativo dell'esame del liquor praticato nei conigli prima dell'inoculazione. Nei miei precedenti lavori, come ho già accennato, io mi sono ampiamente occupato del valore che spetta all'esame del liquor per la diagnosi dell'encefalite spontanea. Per non ripetermi mi limiterò qui soltanto a ricordare che le ricerche sierologiche da me eseguite sopra un gran numero di conigli affetti dall'encefalite spontanea, dimostrano che se il risultato positivo dell'esame del liquor depone per l'esistenza di questa malattia, il risultato negativo di esso esame non può autorizzarci ad escluderla, specialmente quando l'esame è stato praticato una sol volta. Fra i miei protocolli ho parecchi esempi di conigli che pur avendo presentato in vita un liquor normale (in uno ed anche in parecchi esami successivi, praticati a varia distanza di tempo), all'esame istologico si dimostrarono affetti dell'encefalite spontanea. Le mie osservazioni sono state confermate dallo Jahnel e dall'Illert e poi dal Bigoni. Questi che, per mio consiglio, si è occupato a fondo della questione, esaminando dal lato sierologico e dal lato istopatologico i conigli provenienti da tre diverse conigliere, giunge alla conclusione che l'esame del liquor da solo non è sufficiente a farci distinguere i conigli sani da quelli affetti dall'encefalite spontanea. Dalle ricerche del Bigoni risulta che per poter dire che dei conigli siano esenti dall'encefalite spontanea occorre che questi provengano anzitutto da una conigliera che siasi dimostrata immune dalla detta malattia, e che, sottoposti quindi al controllo sierologico per almeno due mesi, tenuti sempre rigorosamente lontani da qualsiasi contatto con altri animali, non abbiano mai dimostrato alterazioni del liquor. Per stabilire poi se una conigliera è immune dall'encefalite spontanea, il Bigoni ritiene necessario che un buon numero di animali provenienti dalla detta conigliera siano tenuti nello stesso tempo in osservazione per almeno due mesi, sottoponendoli all'esame del liquor ogni 8-10 giorni e quindi vengano sacrificati e sottoposti ad un accurato esame anatomopatologico. Soltanto quando l'esame del liquor sia riuscito sempre negativo in tutti gli animali ed in nessuno di essi si siano trovate alterazioni istologiche riferibili all'encefalite spontanea, si potrà ritenere che la conigliera sia immune da questa malattia. È ovvio che nella conigliera non devono mai essere introdotti animali estranei e che di tanto in tanto conviene ripetere il controllo con le modalità suddette.

Come si vede da queste ricerche, l'accertamento se i conigli che devono servire per i nostri esperimenti siano o no esenti dall'encefalite spontanea, è compito quanto mai arduo, per assolvere il quale non basta praticare una sol volta

l'esame del liquor a conigli dei quali non si conosce con precisione la provenienza.

Un altro argomento che secondo il Plaut, il Mulzer ed il Neubuerger, dimostrerebbe che fra i loro animali non c'è stata mai l'encefalite spontanea, è dato dal fatto che essi non hanno mai riscontrato alterazioni del liquor in altre serie di conigli inoculati con altri materiali organici e tenuti in osservazione per anni. Gli Autori riferendosi a tal proposito all'ipotesi del Levaditi circa il contagio naturale dell'encefalite spontanea mediante le urine di animali infetti, pensano che se fra i loro animali ve ne fosse stato qualcuno affetto da encefalite spontanea, non si sarebbe potuto evitare il contagio ad una buona parte degli altri conigli per il fatto che gli animali inoculati con materiale sifilitico e paralitico non erano tenuti rigorosamente separati da quelli trattati con altri materiali.

A me non pare che questo secondo argomento abbia maggior valore del primo. Io non so in qual modo vengono tenuti i conigli nel laboratorio del Plaut, ma ritengo che i conigli inoculati con un dato virus non vengano tenuti nella stessa gabbia dei conigli inoculati con un altro virus e ciò specialmente quando si tratta di virus che, come quello sifilitico, possono provocare nei conigli lesioni dei tegumeni esterni; e mi pare anche certo che per quanto poco rigorosa, la separazione fra conigli di due serie diverse di esperimenti sarà sempre più rigorosa di quella fra conigli della stessa serie di esperimenti. Se così è, è naturale che il contagio debba essere per lo meno molto più facile fra conigli della stessa serie di esperimenti anzichè fra conigli di serie diverse.

A parte questa considerazione che ha pure il suo valore, bisogna poi tenere presente che l'argomentazione del Plaut si basa sull'ipotesi del Levaditi che il contagio dell'encefalite spontanea avvenga per mezzo delle urine emesse dai conigli infetti. Ma possiamo noi, allo stato attuale, accettare come dimostrata questa ipotesi? L'ipotesi poggia su due esperimenti fatti dallo stesso Levaditi: due conigli di cui l'uno inoculato endocerebralmente con urine infette, l'altro alimentato per bocca pure con urine infette, mostrarono all'esame istologico le caratteristiche alterazioni dell'encefalite spontanea. Nel laboratorio del Levaditi non si usa praticare l'esame del liquor ai conigli nè prima nè dopo il trattamento; si sa d'altro canto che in detto laboratorio esiste un grande numero di conigli affetti dall'encefalite spontanea che sono serviti al Levaditi per le sue importanti ricerche su questa malattia e sui virus di Kling, di Thalimer, di Twort. Come si fa quindi a dire che l'encefalite osservata in quei due sòli conigli trattati dipende dalle urine somministrate e non esistesse già nei due animali prima dell'esperimento? Alcune ricerche che, per mio consiglio, ha eseguito nel nostro laboratorio il Siniscalchi hanno dato risultati diversi da quelli del Levaditi. Siniscalchi ha somministrato mediante sonda gastrica a 5 conigli urine di 3 conigli sicuramente affetti da encefalite spontanea. I 5 conigli erano stati controllati prima del trattamento seguendo le prescrizioni del Bigoni; dopo il trattamento furono sottoposti ad un esame metodico del liquor, e dopo sacrificati, furono esaminati accuratamente dal lato istopatologico. Orbene nessuno dei 5 animali contrasse l'encefalite.

Sebbene non si possa per ora dire quale sia la ragione della differenza dei risultati ottenuti nei due laboratori, è certo però che dopo le osservazioni del Siniscalchi bisogna considerare la questione del contagio naturale dell'encefalite spontanea ancora *sub judice*. Per ora ciò che può ritenersi sicuramente dimostrato è soltanto la trasmissibilità della malattia mediante l'inoculazione (endocerebrale, endoperitoneale, endotesticolare, sottocutanea) di poltiglia cerebrale di animale infetto. Le mie ricerche dimostrano che la trasmissione per questa via avviene con una sorprendente costanza. Dato tutto ciò, si comprende come una volta infiltratosi anche un solo coniglio affetto dall'encefalite spontanea in una serie di esperimenti fatti mediante inoculazioni di poltiglia cerebrale, l'encefalite possa comunicarsi ad un buon numero degli animali della stessa serie. Se in un'altra serie invece non capita nessun coniglio infetto, la malattia non vi si osserverà affatto.

Il terzo argomento addotto dal Plaut e dai suoi collaboratori in difesa della loro tesi è desunto dall'esito negativo della ricerca del parassita dell'encefalite spontanea nei conigli da loro inoculati con poltiglia cerebrale di paralitici progressivi.

A questo proposito ricorderò che in uno dei miei precedenti lavori io affermavo che se si riuscisse a mettere in evidenza il parassita *in tutti i casi* di encefalite spontanea, l'assenza del parassita costituirebbe un dato sicuro per escludere al tavolo anatomico l'esistenza di questa malattia. Non ho potuto rilevare dalla letteratura che gli altri Autori che hanno fatto ricerche sul parassita dell'encefalite spontanea, si siano occupati di questo problema (Wright e Craighead, Doerr e Zdanski, Levaditi, Nicolau e Schoen, Veratti e Sala, Twort e Archer, Mc Cartney, Cowdry e Nicholson, Da Fano, Goodpasture). Dalle mie ricerche a tal proposito risulta che la dimostrazione *morfologica* del parassita non riesce in tutti

i casi di encefalite spontanea. Accanto a casi nei quali la dimostrazione del parassita è facilissima trovandosi questo quasi in ogni sezione microscopica, io ho osservato casi nei quali questa dimostrazione è difficilissima dovendosi spesso esaminare un gran numero di preparati prima di scoprire un parassita e casi nei quali nonostante le più accurate ricerche non si riesce a metterne in evidenza nessun esemplare. Nè vi è sempre un parallelismo fra intensità di alterazioni istologiche ed abbondanza di parassiti. Io ho riscontrato casi con una intensa e diffusa infiltrazione linfo-e plasmatocitaria e con numerosi granulomi nei quali i parassiti erano scarsissimi od addirittura assenti. Uno di questi casi con intensa infiltrazione e senza parassiti era stato inoculato con esito positivo e nei conigli inoculati vennero riscontrati i parassiti.

La spiegazione di queste mie osservazioni non è facile. Come si può interpretare la mancata dimostrazione del parassita in casi accertati di encefalite spontanea? L'esito positivo dell'inoculazione, al quale ho testè accennato, dimostra che il parassita è anche in questi casi presente nel tessuto cerebrale. È esso forse presente in così piccola quantità che non si riesce a trovarlo? ha subito modificazioni tali per cui non è più colorabile? ovvero trovasi in una fase del suo ciclo biologico in cui è addirittura invisibile? A queste domande non è per ora possibile dare una risposta. Noi sappiamo ancora ben poco della biologia del parassita, dei rapporti esistenti fra parassita ed alterazioni istologiche, fra parassita e stadio del processo. E finchè non saremo meglio istruiti su questi diversi problemi, di fronte all'osservazione che vi è una parte di casi di encefalite spontanea nei quali non si riesce a scoprire la presenza del parassita, dobbiamo concludere che *la mancata dimostrazione di questo non può autorizzarci ad escludere l'esistenza dell'encefalite spontanea.*

Da quanto è stato esposto sin qui, a me sembra potersi concludere che l'affermazione del Plaut che l'encefalite osservata nei conigli inoculati con cervello di paralitici progressivi non abbia nulla da fare con l'encefalite spontanea e sia invece dovuta ad un agente ancora sconosciuto che si trova nel materiale inoculato, non poggia su solide basi. Con ciò non voglio sostenere che sia senz'altro dimostrata l'ipotesi opposta, e cioè che la encefalite osservata dal Plaut sia la stessa cosa dell'encefalite spontanea. Questa ipotesi ha in realtà oltre agli argomenti che depongono contro l'ipotesi opposta, parecchi altri fatti che parlano in suo favore. In tal senso parlano, ad es., l'identità di comportamento del virus dell'encefalite « da paralisi progressiva » e del virus dell'encefalite spontanea di fronte all'azione prolungata della glicerina, la spiccata somiglianza del quadro istopatologico riscontrato nelle due specie di encefalite (che sotto diversi aspetti si differenzierebbe dal quadro osservato nell'encefalite sperimentale sifilitica vera e propria), la costanza con cui la encefalite si trasmette da coniglio a coniglio nelle due serie di esperimenti. Si potrebbe ancora rilevare che lo stesso Plaut in un suo precedente lavoro ammise di avere osservato alterazioni del liquor nei suoi conigli « normali », sia pure in un ristretto numero di casi, ciò che dimostrerebbe che in realtà l'encefalite spontanea sia esistita nella conigliera dalla quale il Plaut ritirava i suoi animali. Ma su pochi dati non si possono nè abbattere nè costruire ipotesi, nè io intendo esagerare il valore dei fatti. Quello che nel momento attuale, alla stregua dei fatti noti si può dire, mi pare si possa riassumere nel modo seguente: *Non è dimostrato che l'encefalite osservata dal Plaut, dal Mulzer e dal Neubuerger nei conigli inoculati con cervello di paralitici progressivi, sia una encefalite sperimentale « da inoculazione ». Il dubbio che possa trattarsi dell'encefalite spontanea pura e semplice non può dirsi eliminato dalle argomentazioni addotte dal Plaut e dai suoi collaboratori nel loro ultimo lavoro.*

Prima di finire mi sembra opportuno esaminare brevemente un'altra questione toccata dal Plaut. Questo autore ritiene che l'encefalite spontanea dei conigli non possa rappresentare un serio ostacolo alle ricerche sperimentali su questi animali inquantochè essa sarebbe una malattia molto rara. Ciò sarebbe dimostrato dal fatto che essa non è stata mai riscontrata nè fra le centinaia di conigli studiati istologicamente dal Nissl e dallo Spielmeyer, nè nei laboratori come quelli di Parigi, di Basilea, di Stocolma, nei quali si è lavorato in modo speciale sulle encefaliti sperimentali del coniglio.

Io non sono dello stesso parere del Plaut. Anzitutto il fatto che tanti e così autorevoli ricercatori non abbiano per tanto tempo vista l'encefalice spontanea, non è una prova sicura che questa malattia non sia in realtà allora esistita. Quante cose, che poi sono sembrate così evidenti, sono passate inosservate sotto gli occhi di acuti osservatori finchè non è venuto chi le ha tratte dall'oscurità! Il cammino della scienza è fatto tutto così. Basterebbe per noi psichiatri l'esempio dell'infiltrazione plasmatocitaria nella paralisi progressiva. Nessuno l'aveva mai vista finchè il Nissl e l'Alzheimer non ci insegnarono a vederla. Eppure il microscopio esisteva da tanto tempo e non pochi e non piccoli erano i ricercatori che andavano scrutando nel sistema nervoso!

È poi così sicuro il Plaut che l'encefalite spontanea non sia stata in realtà vista nei laboratori di Parigi, di Basilea, di Stoccolma? Quanto al laboratorio di Kling a Stoccolma sappiamo che il Doerr e lo Zdansky, hanno visto i primi esemplari del parassita dell'encefalite spontanea proprio nelle sezioni istologiche inviate a loro dal Kling, e che il Ledaviti, il Veratti, il Sala hanno ottenuto sperimentalmente l'encefalite spontanea nei loro conigli inoculando pezzetti di cervello di conigli provenienti dal Laboratorio del Kling. Del resto lo stesso Kling ha pubblicato di avere ricontrato i « corpuscoli » di Levaditi nel 35 % dei suoi conigli infettati con virus dell'encefalite spontanea umana (1). Non ho avuto ancora la possibilità di leggere tutti i lavori del Doerr e dello Zdansky sull'encefalite spontanea e sulle encefaliti sperimentali e non vorrei fare quindi affermazioni errate circa la presenza o no dell'encefalite spontanea a Basilea. Ma per ciò che riguarda il Laboratorio del Levaditi a Parigi non si può certamente sostenere che non vi esista l'encefalite spontanea, dopochè lo stesso Levaditi ha confessato di avere inoculato nel luglio del 1923 il cervello di un coniglio parigino creduto sano come tutti gli altri provenienti dalla stessa conigliera, ma che all'esame microscopico fatto nell'ottobre dello stesso anno presentò le caratteristiche lesioni dell'encefalite spontanea e dopochè il Levaditi stesso ha riscontrato così frequentemente l'encephalitozoon nei topi di Parigi.

D'altro canto come si può dire che l'encefalite spontanea dei conigli sia una malattia rara quando nel volgere di due soli anni è stata riscontrata in forma di epidemia vera e propria sicuramente a Londra, a S. Francisco, a Roma, a New York, a Francoforte ed è certo che essa esiste, sia pure in forma sporadica, a Parigi ed a Stoccolma?

Per tutte queste considerazioni a me sembra, contrariamente a quanto pensa il Plaut, che l'encefalite spontanea dei conigli sia una malattia molto diffusa. Può darsi che essa di solito decorra in forma sporadica e latente e che solo di tanto in tanto dia origine ad epidemie più o meno gravi, più o meno diffuse. In questo senso parlerebbero l'osservazione da me fatta in una conigliera, nella quale si ebbe da principio l'encefalite spontanea in una percentuale di circa il 30 % e dopo alcuni mesi la malattia era rilevabile appena nel 5 % dei casi. Anche a Londra, dove la malattia è stata osservata con molta frequenza, avrebbero fatto la stessa osservazione inquantochè, secondo quanto mi ha scritto cortesemente il prof. Da Fano, anche lì stentano attualmente a trovare conigli affetti dall'encefalite spontanea.

Non credo opportuno prolungare ancora la seguente nota, che aveva il preciso scopo di esaminare le vedute espresse dal Plaut, dal Mulzer e dal Neubuerger nel loro ultimo lavoro in opposizione alle mie. Nel lavoro che come ho detto ho in preparazione tornerò a trattare più ampiamente il problema delle encefaliti « sperimentali » nei loro rapporti con l'encefalite spontanea, tenendo conto di quanto è stato scritto in proposito sullo stesso argomento dagli altri Autori. Qui mi basta riassumere le mie vedute nel modo seguente:

Tutte le ricerche eseguite fino ad oggi nel coniglio allo scopo di provocare la produzione sperimentale di alterazioni a carico del sistema nervoso sono inficiate da una causa di errore: l'esistenza nel coniglio di una malattia parassitaria, l'encefalite spontanea. Non è possibile stabilire oggi retrospettivamente se e quali delle singole ricerche sperimentali eseguite in passato possano dirsi esenti dalla detta causa di errore. Per ciò che riguarda l'avvenire prima di cimentare nel coniglio nuovi problemi sperimentali o ripetere i precedenti, occorre risolvere volta a volta il problema: è possibile procacciarsi con sicurezza conigli esenti dall'encefalite spontanea e mantenerli tali per tutta la durata dell'esperimento?

Forse questo mio « scetticismo » potrà sembrare a molti, come è sembrato al Plaut, esagerato. Nè io saprei dire se esso potrà in avvenire essere di qualche utilità al progresso delle nostre conoscenze. Per il passato credo però che qualche frutto lo abbia dato: se non altro, ha contribuito a far sì che il Plaut ed i suoi collaboratori, riesaminando il problema sperimentale delle loro ricerche, riuscissero a dimostrare in modo indubbio che l'*encefalite dei conigli inoculati con cervello di paralitici progressivi non si può far derivare dalla spirocheta pallida.* Talvolta all'indagine scientifica giova più una negazione bene assodata anzichè una affermazione incerta.

---

(1) Il KLING è in dubbio se i « corpuscoli » del LEVADITI siano da ritenersi identici a quelli visti dal DOERR e se si tratti realmente di parassiti. Egli ritiene che anche se si potesse arrivare a dimostrare la natura parassitaria di tali « corpuscoli » non si potrebbe accettare l'ipotesi che essi rappresentino l'agente etiologico dell'encefalite spontanea ». Étant donné, egli scrive, que l'agent de l'encéphalite spontanée n'existe pas dans notre étable, les corpuscules que nous trouvons chez nos animaux ne peuvent être le germe de cette maladie ». Discuterò nel mio lavoro di prossima pubblicazione queste vedute che sono in così aperto contrasto con quanto è stato osservato da me e dagli altri autori che hanno studiato il parassita dell'encefalite spontanea.

BIBLIOGRAFIA.

BIACH. *Diskussionsbemerkung zu dem Vortrag von* ARZT *und* KERL. Wiener klin. Woch., 1914, pagina 685.

BONFIGLIO F. *Reperti del liquor in conigli « normali ».* Il Policlinico, sezione pratica, 25 giugno 1923, anno XXX, f. 26.

ID. *Una malattia spontanea dei centri nervosi del coniglio. (Encefalite infiltrativa non purulenta).* Bullettino ed atti della Reale Accademia medica di Roma, anno L, 23 dic. 1923.

ID. *Nuove ricerche sull'encefalite spontanea dei conigli.* Bullettino ed Atti della Reale Accademia medica di Roma, anno L, 1923-24.

BIGONI A. *Ricerche sul liquor nell'encefalite spontanea dei conigli.* « Note e Riviste di Psichiatria », 1924, n. 2. Pesaro.

BULL. C. B. *The pathologic effects of streptococci from cases of poliomyelitis and other sources.* Journ. Exper. Med., 1917, vol. 25, pag. 557.

COWDRY e NICHOLSON. *Meningo-encephalitic lesions and protozoan-like parasites.* Journ. Am. M. Ass., 1924, vol. 82, pag. 545.

DA FANO. *Protozoan-like parasites in spontaneous encephalitis of Rabbits.* The Journal of pathology and bacteriology, 1924, vol. 27, pag. 333.

ID. *Spontaneous and experimental encephalitis in Rabbits.* Medical Science, 1924, vol. 10, n. 5, pag. 355.

DOERR e ZDANSKY. *Zur Aetiologie der Encephalytis epidemica.* Schweiz. med. Wochens., 1923, vol. 53, pag. 349.

ID. *Weitere parasitologische Befunde im Gehirn von Kaninchen.* Ibid, 1923, vol. 53, pag. 1189.

ID. *Bemerkungen zu der vorstehenden Mitteilung von* LEVADITI, NICOLAU *und Frl.* SCHOEN: « *Eine Mikrosporidie (Encephalitozoon cuniculi) als Erreger der epizootischen Encephalitis des Kaninchens ». Ibidem,* 1924, vol. 54, pag. 150.

ID. *Parasitologische Befunde im Gehirne von Kaninchen welche zu Encephalitsversuchen gedient hatten.* Ztschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., 1923-24, vol. 101, pag. 239.

ID. *Kritisches und. Experimentelles zur aetiologischen Erforschung des Herpes febrilis und der Encephalitis lethargica.* Ibidem, 1924, vol. 102, pag. 1.

FONTANA e SANGIORGI. *Reperto di treponema pallidum nel cervello di un coniglio sifilitico.* Pathologica, 1913, n. 21.

GOODPASTURE E. W. *Spontaneous encephalitis in rabbits.* Journ. Infects. Dies, 1924, vol. 34, pagina 429.

JAHNEL u. ILLERT. *Liquorbefunde bei der experimentellen Herpesencephalitis des Kaninchens.* Klin. Wochenschr., 1923, vol. 2, n. 37/38, pag. 641.

ID. *Kritische Untersuchungen zur Aetioliogie der epidemischen Encephalitis.* Ibidem, 1923, vol. 2, n. 37/38, pag. 1731.

ID. *Ueber Liquorbefunde bei spontaner Kaninchenencephalitis.* Ibid., 1924, vol. 3, n. 18.

KLING, DAVIDE u. LILJENQUIST. *L'encéphalite épidémique expérimentale et l'encéphalite spontanée du lapin.* C. R. Soc. de biol., 1924, vol. 90, pag. 507.

ID. *Sur la nature du virus encéphalitique isolé en Suède.* Ibid., Vol. 90, pag. 511.

LEVADITI, NICOLAU e SCHOEN. *Encéphalites du lapin.* C. R. Soc. de Biol., 1923, vol. 89, pag. 775.

ID. *L'étiologie de l'encéphalite.* C. R. de l'Acad. des scienc., 1923, vol. 177, pag. 985.

ID. *L'agent étiologique de l'encéphalite épizootique du lapin.* C. R. de la Soc. de Biol., 1923, vol. 89, pag. 984.

ID. *Nouvelles données sur l'encéphalitozoon cuniculi.* Ibid., 1923, vol. 89, pag. 1157.

ID. *La microsporidiose du lapin; ses rélations avec la rage.* C. R. de l'Acad. des Scienc., 1924, vol. 178, pag. 256.

ID. *Virulence de l'encéphalitozoon cuniculi pour la souris.* C. R. de la Soc. de Biol., 1924, vol. 90, pag. 194.

ID. *La nature microsporidienne du virus rabique.* Ibid., 1924, vol. 90, pag. 398.

ID. *Eine Mikrosporidie, Encephalitozoon cuniculi, als Erreger der epizootischen Encephalitis des Kaninchens.* Schweiz. med. Wochenschr., 1924, vol. 54, n. 6.

LEVADITI C. *L'étiologie de l'encéphalite epizootique,* etc., Annales de l'Institut Pasteur, 1924, vol. 38.

MC. CARTNEY. *Experiments on the survival of the febrile herpetic and allied viruses « in vivo ».* Journ. Exper. Med., 1924, vol. 39, pag. 533.

NEUBUERGER K. *Zentrale Veraenderungen beim Kaninchen nach Ueberimpfung von Paralytikergehirn.* Zeitschr. f. die ges. Neur, u. Psych, 1923, vol. 84, pag. 146.

NOGUCHI H. *Zur Zuechtung der Spirochaeta pallida.* Berl. klin. Wochenschr, 1912, n. 33, pagina 1554.

ID. *Dementia paralytica und Syphilis.* Ibid., 1913, n. 41, pag. 1884.

OLIVER J. *Spontaneous chronic meningo-encephalitis of rabbits.* Journ. infect. Dies., 1924, vol. 30, pag. 91.

PLAUT F. *Mikromethoden fuer die Untersuchung von Liquor cerebrospinalis und Kammerwasser.* Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych., 1921, volume 65, fasc. 3-5, pag. 373.

ID. *Ueber eine Methode zur Liquorgewinnung beim lebenden Kaninchen.* Ibid., vol. 66, pag. 69.

PLAUT u. MULZER. *Ueber Liquorbefunde bei normalen und syphilitischen Kaninchen.* Muenchn. med. Wochenschr., 1921, n. 27, pag. 833.

ID. *Ueber Liquorbefund bei normalen und syphilitischen Kaninchen.* II Mitteilung, Ibid., 1921, n. 38, pag. 1211.

ID. *Die Liquordiagnostik im Dienste der experimentellen Kaninchensyphilis.* III Mitteilung, Ibid., 1922, n. 14, pag. 496.

PLAUT, MULZER u. NEUBUERGER. *Ueber einige anatomische Veraenderungen bei experimenteller Kaninchensyphilis.* Ibid., 1922, n. 14, pag. 498.

ID. *Ueber die Wirkung verschiedener Spirochaetenstaemme auf Liquor und Nervengewebe von Kaninchen, insbesondere nach Ueberimpfung von Hirnrinde menschlicher Paralytiker,* Ibid, 1922, n. 52, pag. 1779.

ID. *Der tierexperimentelle Nachweis der Syphilisspirochaete im Nervensystem bei Encephalitis syphilitischer Kaninchen.* Ibid., 1924, n. 1, pagina 9.

ID. *Zur Aetiologie der entzuendlichen Erkrankungen des Nervensystems bei syphilitischen Kaninchen.* Ibid., 1924, n. 47, pag. 1401.

ID. *Ueber die Frage der Impfencephalitis der Kaninchen und ihrer Beziehungen zur Syphilis.* Ibid., 1924, n. 51, pag. 1781.

SINISCALCHI. *Ricerche sperimentali sull'encefalite spontanea dei conigli.* Note e Riviste di Psichiatria, 1925 (di prossima pubblicazione).

STEINER. *Ergebnisse der Neurologie und Psychiatrie. Experimentelle Syphilis.* Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych., Ref., 1920, vol. 20.
TWORT G. C. *Encephalo-myelitis of rabbits.* Vet. Jorun., 1922, vol. 78, pag. 194.
TWORT e ARCHER. *Spontaneous encephalo-myelitis of rabbits and its relation to spontaneous nephrits.* Ibid., 1922, vol. 78, pag. 367.
UHLENHUT u. MULZER. *Weitere Mitteilungen ueber die Infektiositaet des Blutes und. anderer Koerperfluessigkeiten,* etc. Berl. klin. Wochenschr., 1913, n. 17, pag. 769.
ID. *Weitere Beitraege zur experimentelle Syphilis.* Ibid., 1917, n. 27, pag. 645.
VANZETTI. *Ricerche sulla encefalomielite sifilitica provocata sperimentalmente.* Pathologica, 1922, num. 83.
ID. *Ricerche sperimentali sulla meningoencefalite sifilitica.* Arch. di biol. norm. e Pat., 1913, volume 62, fasc. 4. Suppl.
VERATTI e SALA. *A proposito di un « virus encefalitico » di Kling.* Bollettino della Società Medico-Chirurgica di Pavia, anno XXXVI, fasc. I, 1924.
WEIGANDT u. JAKOB. *Beitraege zur experimentelle Syphilis des Nervensystems.* Zeitschr. f. die ges. Neur. u. Psych., Ref., 1914, vol. 10, pag. 45.
WRIGHT a. CRAIGHEAD. *Infectious motor paralysis in young rabbits.* Journ. exp. Med., 1922, vol. 36, pag. 135.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITA' DI ROMA
Direttore: Prof. R. ALESSANDRI.

Sulla questione dell'ematuria nell'appendicite.

Dottor MANFREDO ASCOLI, assistente.

Che una malattia dell'appendice venga scambiata con una lesione delle vie urinarie è certamente un fatto piuttosto raro, mentre il fatto opposto è più frequente. A ogni modo che durante il decorso di un'appendicite acuta o nell'intervallo fra gli accessi si possa avere una ematuria imputabile alla flogosi intestinale è cosa nota da molto tempo, che si trova espressa in tutti i trattati. Sul meccanismo di produzione le opinioni non sono concordi e la patogenesi resta in fondo oscura. Recentemente il Gottlieb ha pubblicato sulla questione uno studio esauriente prendendo in esame un suo caso personale e gli altri 35 esistenti nella letteratura. Letteratura come si vede molto limitata, completamente negativa per quanto riguarda l'Italia e che dimostra come per quanto nota pure l'ematuria nell'appendicite sia una complicazione rara. Naturalmente sono esclusi dai 36 suddetti i casi, molto più frequenti, di diffusione del processo infiammatorio dall'appendice vermiforme alla parete vescicale e le eventuali aperture di ascessi periappendicolari in vescica. Sono questi casi nei quali l'identificazione dell'origine dei sintomi vescicali non presenta grandi difficoltà. Non mi occuperò delle ematurie di origine renale, ma solo di quelle di origine ureterale poichè di origine ureterale fu certamente l'ematuria nel caso da me studiato. Il quale presentava oltre che l'ematuria anche altre caratteristiche che favorivano notevolmente l'errore diagnostico con una lesione delle vie urinarie.

Di tali casi ne vengono riportati 9 dal Gottlieb il quale riferisce che l'ematuria si spiega coi rapporti che si hanno in alcuni casi fra l'uretere destro e l'appendice, di modo che un processo infiammatorio può facilmente diffondersi da un organo all'altro, e su questo provocare una serie di alterazioni sia flogistiche che circolatorie. Così Carless e Frisch spiegano i loro casi in base ai reperti operatori e di autopsia. E certamente nei casi di appendicite acuta la cosa è facilmente comprensibile per l'ureterite cui dà luogo la diffusione del processo. Ureterite che spiega l'ematuria. Questo nella fase acuta della malattia. In seguito l'ematuria è stata spiegata con disturbi circolatori della mucosa ureterale causati da flessioni dell'uretere per aderenze. Nové-Josserand ammette questo modo di originarsi dell'ematuria, ma nega che questa possa prodursi all'infuori delle condizioni patologiche suddette, come è stato sostenuto da altri; cioè per diffusione del processo lungo le vie sanguigne. Egli si basa sul fatto che in condizioni normali non esiste alcuna comunicazione fra le vene dell'appendice e del cieco e quelle dell'uretere. I due sistemi venosi comunicano indirettamente per mezzo delle anastomosi fra le vene mesenteriche e quelle della capsula renale e delle anastomosi fra le mesenteriche e le vene dell'uretere e del plesso pampiniforme. Egli non crede che un processo trombotico o la stasi si possano diffondere per questa via.

Ecco in breve il caso da noi studiato.

T. M. M., donna di 54 anni. Entra in clinica il 10 marzo 1924. Non vi è nulla degno di rilievo nell'anamnesi familiare e remota. Ha avuto 10 gravidanze tutte condotte a termine, ha 6 figli viventi e in buona salute. La p. fa risalire l'inizio dei suoi disturbi al 1923. In questo anno ebbe a soffrire di un accesso di dolori al quadrante inferiore destro dell'addome, al fianco destro e alla regione lombare, accompagnati da elevazioni di temperatura che si protrassero per parecchi giorni. In seguito la temperatura ritornò al normale, ma i dolori non scomparvero mai del tutto. Notò anche in questo periodo che le orine talora erano torbide. Nel gennaio 1924 ebbe un altro attacco doloroso di breve durata, pare non accompagnato da febbre, ma seguito dall'emissione di orine forte-

mente sanguinolente. Intanto era insorta una pollachiuria specie notturna. Il 23 febbraio fu colta all'improvviso durante la notte da un altro accesso doloroso simile ai precedenti, accompagnato da elevazione della temperatura fino a 38° che si protrasse per 4-5 giorni. In questa occasione afferma di essersi accorta della presenza nel fianco destro di una tumefazione dura un po' dolente che nan aveva mai notato prima.

All'esame obbiettivo si palpava nel fianco destro una tumefazione della forma e volume di un grosso cedro, diretta dall'alto in basso, e dall'esterno verso l'interno. Aveva una superficie liscia non uniforme, consistenza duro-elastica in nessun punto fluttuante. Era fissa sulla parete posteriore dell'addome senza rapporti con l'anteriore. Era immobile nei movimenti respiratori e dolente alla pressione. I punti costo-vertebrale e muscolare non erano dolenti. Segno di Giordano presente. Il colon gonfiato si portava al davanti della tumefazione. L'orina prelevata in vescica era di colorito lievemente ematico, conteneva il 0.50 % di albumina, leucociti, emazie abbondantissime. Lo esame radiografico ripetuto risultò sempre negativo per calcolo.

L'esame cistoscopico rivelò una vescica normale contenente circa 250 cc. dopo l'iniezione endovenosa di gr. 0,02 di indaco-carminio si vide il colore ritornare da destra a sinistra con la stessa intensità dopo 3 minuti. Si tentò di cateterizzare l'uretere destro ma la sonda non procedette oltre 3, 4 cm.; essendo la manovra dolorosa si desistè dal tentativo. L'esame radiologico ripetuto due volte con l'introduzione della poltiglia opaca per os e per clisma dimostrò sempre un riempimento incompleto del cieco e del colon ascendente in corrispondenza della tumefazione.

Globuli bianchi 17,500; polinucleosi. Sempre negativa la ricerca del sangue nelle feci.

L'intervento consistè nell'andare sulla tumefazione per via extraperitoneale con una incisione come per l'allacciatura dell'arteria iliaca esterna. La tumefazione risultò formata da masse di essudati in via di organizzazione in mezzo ai quali si rinvenne l'appendice vermiforme mancante della sua estremità periferica (probabilmente necrosata) e che venne resecata. Il moncone fu allacciato e affondato nel cieco con una sutura sierosierosa. Chiusura parziale della ferita, guarigione per seconda senza incidente in circa 40 giorni. L'esame delle orine ripetuto due volte durante il decorso post-operativo rivelò orine del tutto normali. Scomparve anche la pollachiuria.

La malata fu da noi accolta in clinica e cominciata a studiare come avente una lesione delle vie urinarie. La storia, l'esame clinico e delle orine, ci avevano fatto pensare che si trattasse di un rene mobile idropionefrotico. Se fosse stato possibile di praticare il cateterismo dell'uretere allo scopo di eseguire una pielografia e una raccolta di orine si sarebbe senza dubbio con maggiore facilità giunti alla diagnosi esatta del caso. Ci giungemmo ugualmente poichè l'esame funzionale ci fece escludere che fosse leso il rene destro del quale inoltre si vedeva abbastanza bene l'ombra sulla lastra radiografica. A questo punto gli altri esami che praticammo e che sono esposti sopra ci portavano logicamente a pensare che si trattasse di una tumefazione flogistica comprimente il colon ascendente e il cieco, ma estrinseca a questi. E fu con la diagnosi di flemmone retroperitoneale di probabile origine appendicolare che l'ammalata fu sottoposta all'intervento.

Il caso mi sembra singolarmente chiaro per spiegare come si possa avere durante un attacco di appendicite una ematuria di origine ureterale. Infatti gli essudati infiammatori abbracciavano e comprimevano da ogni parte l'uretere destro nel suo decorso nella fossa iliaca fino all'orlo pelvico. Una diffusione del processo alla parete ureterale aveva prodotto una congestione della mucosa, sorgente di emorragie più o meno abbondanti. A me pare di grande importanza, perchè questo avvenga, che l'appendice sia posta dietro al peritoneo cioè che essa venga direttamente a contatto dell'uretere senza l'interposizione fra i due organi del foglietto peritoneale parietale che tappezza la fossa iliaca. Già perchè la sierosa è sufficiente, per lo più, a proteggere un organo dalla diffusione di un processo infiammatorio e anche perchè se ciò non fosse queste che possiamo dire complicazioni urinarie dell'appendicite dovrebbero essere molto più frequenti di quel che realmente non sono. L'appendice in posizione retrocecale endoperitoneale infatti è un reperto operatorio molto frequente poichè si sa che questa posizione predispone l'organo agli attacchi infiammatori acuti. Questa situazione che è considerata come un arresto di sviluppo venne osservata 19 volte su 56 soggetti da Tarenetzky, 20 volte su 118 da Tuffier, 65 volte su 200 da Ferguson. L'appendice retroperitoneale invece è considerata veramente come un reperto molto raro. (Tuffier, Treves). Noi abbiamo avuto occasione di vederne un bell'esempio durante un'appendicectomia praticata nel corso di un'operazione ginecologica. L'appendice che era in condizioni normali, era del tutto retroperitoneale, incrociava l'uretere, direttamente a contatto con esso e poi decorreva per un certo tratto parallelamente ad esso tanto che in un punto era difficile riconoscere fra loro i due organi.

Nella paziente da noi studiata non esisteva un evidente substrato anatomico per spiegare la pollachiuria di cui soffriva. All'esame cistoscopico la vescica appariva ovunque di aspetto normale. Il fatto si potrebbe spiegare con un riflesso uretero-vescicale.

Questi sintomi orinari nell'appendicite però vanno considerati sempre come molto rari. Nei reparti diretti dal prof. Alessandri (III padiglione al Policlinico e Clinica Chirurgica) furono complessivamente curati dal 1904 al 1924: 1098 casi di appendicite. In un solo caso oltre a quello da noi riferito si sarebbe avuta un'ematuria scomparsa dopo l'intervento. Una frequenza come si vede inferiore al 2 ‰. Kümmell in un numero di operati di parecchie migliaia avrebbe riscontrato questo sintoma con una frequenza del 0,34 ‰.

OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA.

Sindrome nefritica accessuale coincidente con parossismi emicranici. [1]

Dott. ANGELO SANGUINETTI, comprimario.

Verso la fine del 1923 mi è occorso di essere chiamato urgentemente presso una signora di 60 anni che soffriva di un violentissimo dolor di capo.

L'anamnesi, chiarissima, raccolta dai famigliari, permise subito di formulare il giudizio di emicrania; tuttavia alcuni fenomeni non comuni che si erano presentati all'inizio dell'accesso e alcuni dati obbiettivi che potei rilevare al letto della malata mi lasciarono da principio alquanto perplesso.

Negli ultimi quattro anni l'inferma aveva sofferto di accessi di cefalea simili a questo, per quanto più lievi, sempre preceduti da senso di nausea e di vertigine, dalla sensazione di folta nebbia innanzi agli occhi, dalla visione di stelle luminose in movimento e da fenomeni visivi che nettamente parlavano di emianopsia laterale e trasversa. Dopo che tali fatti si erano andati svolgendo nello spazio di circa mezz'ora, cominciava la cefalea, da principio quasi sempre occipitale, quindi generalizzata, e, dopo un tempo variabile da due a dieci-dodici ore, interveniva il vomito che sembrava por termine alle sofferenze della malata.

Quella volta però i parenti erano stati messi in allarme dal fatto che, prima della cefalea, l'I si era lamentata di un formicolio molto intenso, quasi pungente, alle dita della mano destra che grado a grado era andato salendo al braccio e alle labbra. Subito dopo l'I era divenuta inceppata nella parola, aveva borbottato alcune frasi senza senso e aveva mostrato di non capire le parole che le venivano rivolte: successivamente si era lasciata cadere di mano un bicchiere che stava portando alle labbra, gli anelli che si toglieva dalle dita e varii altri oggetti. I famigliari avevano sospettato una paralisi.

L'esame obbiettivo, molto sommario, date le condizioni dell'inferma, permise di rilevare i seguenti fatti:

Malata supina, col viso atteggiato a dolore, cogli occhi chiusi spasmodicamente, pallidissima. Pelle del viso e delle estremità fredde al termotatto. Respiro superficiale non molto frequente. Polso piccolo, ritmico, teso, raro (56 battute al minuto). Soffio sistolico rude sul manubrio dello sterno, secondo tono sul focolaio d'ascoltazione dell'aorta accentuato.

Nulla di notevole a carico del sistema nervoso se non vivacità spiccata di tutti i riflessi tendinei e periostei uguale dai due lati e un certo grado di eccitazione sensoriale per cui la luce e i rumori erano dolorosamente percepiti. La forza muscolare non appariva deficiente neppure alla mano destra che l'I accusava ancora intorpidita. Sensibilità integra. Pupille uguali, bene reagenti alla luce e all'accomodazione.

Quando ebbi finito queste osservazioni l'I fu colta da violenti conati di vomito con emissione di un po' di muco e di un po' di bile. Dopo circa mezz'ora l'ammalata s'addormentò profondamente. L'accesso era durato circa dieci ore.

Le urine raccolte prima che l'I si addormentasse dimostrarono albumina (0,50 per mille secondo il metodo di Brandberg) e parecchi cilindri ialini ed epiteliali.

*

È noto che tutti gli autori che si sono occupati dell'emicrania han posto particolare cura nel mettere in evidenza la necessità di andar cauti prima di affermarne la diagnosi.

Liveing, Gowers, Charcot, Oppenheim, Möbius, Curschmann e molti altri hanno descritto dei casi in cui gli accessi emicranici eran sintomatici di tumori celebrali, di paralisi progressiva, di tabe, di uremia, ecc.

Appare quindi evidente che nel mio caso non appena constatati i sintomi di nefrite sorgesse l'ipotesi di un'emicrania sintomatica. Ma il dubbio fu breve.

L'anamnesi, raccolta con maggior cura, aggiungeva alcuni dati essenziali.

In primo luogo stabiliva un carattere importantissimo per l'emicrania: l'ereditarietà. Infatti la madre dell'inferma aveva sofferto di una grave cefalea accessuale che era guarita nel periodo della menopausa.

In secondo luogo poneva in evidenza che nella mia malata i sintomi emicranici non erano iniziati pochi anni prima, ma bensì nella giovinezza. Per quanto i parenti della malata e l'ammalata stessa pensassero che l'emicrania fosse cominciata nel 1919 (perchè allora soltanto era cominciata la violenta cefalea) si potè stabilire che in realtà la malattia aveva avuto inizio fino dai vent'anni. Fino da allora infatti, di quando in quando si erano presentati i fenomeni visivi cui sopra ho accennato, spesso preceduti, accompagnati o seguiti da nausea, da vertigini e qualche volta da vomito. Il mal di testa era subentrato raramente, e sempre così lieve da non obbligare mai la paziente al letto e da non colpire neppure la sua attenzione in modo particolare.

Ciò fu sufficiente per affermare che la mia malata era realmente un'emicranica. E a dimostrare ciò il modo ancor più chiaro intervenne l'ulteriore osservazione della malata.

Due giorni dopo il polso non era più nè piccolo, nè raro, nè teso e l'urina non conteneva più nè albumina nè cilindri.

Non c'era da meravigliarsi dei cambiamenti del polso giacchè è noto che, durante gli accessi emicranici, disordini circolatorii passeggeri sogliono intervenire: era invece alquanto strano che l'urina avesse, in così breve tempo, perduto i suoi caratteri patologici.

---

(1) Comunicazione alla Società medico-chirurgica di Bologna il 16 gennaio 1925.

Perciò dubitando che l'urina esaminata rappresentasse per avventura quella di una parte sana di reni in altri punti malati, volli ripetere la ricerca nelle urine delle 24 ore. Ma anche quelle risultarono normali, e così pure furono normali le urine raccolte successivamente quando già l'I aveva ripreso il suo solito tenore di vita. Non essendoci state, per l'innanzi, cause infettive, tossiche, perfrigeranti che potessero spiegare una lesione così passeggera dei reni, sorgeva il quesito del come queste stesse lesioni si fossero prodotte.

A me parve che l'unica spiegazione potesse ricercarsi in uno spasmo arterioso nel territorio dei nervi splancnici.

Non è mio intendimento inoltrarmi nella discussione patogenetica dell'emicrania.

Che l'accesso sia dovuto ad una « tempesta » delle cellule della corteccia cerebrale, che sia invece prodotto da uno spasmo o da una paresi delle arterie che alla corteccia si distribuiscono, che dipenda da un disordine circolatorio del mesencefalo o da un improvviso aumentare di volume dell'ipofisi, o da una ristrettezza congenita del forame di Monro o che sia l'esponente di un fenomeno anafilattico, a noi non giova ricercare.

Quello che importa è il sapere che nell'emicrania i disordini circolatorii ci possono essere e intensi.

All'infuori di quei fatti che furono specialmente posti in rilievo da Dubois Reymond e da Möllendorf e che fecero tanto parlare di emicrania simpatico-spastica e simpatico-paralitica (stato delle pupille, delle arterie temporali e retiniche, pallore o rossore del viso) e all'infuori di quei disordini secretorii che possono accompagnare il mal di capo (scialorrea, iperidrosi, gastroxinsi, urina spastica), è fuor di dubbio che negli accessi emicranici furono già osservati improvvisi e forti aumenti della pressione arteriosa che con ogni verisimiglianza debbono ascriversi a spasmo dei vasi addominali.

Nella mia malata adunque, era lecito pensare che tale spasmo si fosse verificato (aumento della pressione del sangue) con la partecipazione dei vasi renali (albuminuria e cilindruria).

La dimostrazione di ciò l'ho ottenuta quest'anno osservando attentamente la malata ad ogni accesso e nei periodi intervallari. Gli accessi si sono ripetuti una diecina di volte ma quattro volte soltanto sono stati notevoli per l'intensità dell'aura e del dolore. Ebbene in questi quattro accessi l'ipertensione del polso e la sindrome nefritica si sono manifestati di nuovo, sempre col loro carattere transitorio.

La pressione che abitualmente era di 140 mm. di Hg. saliva, durante il mal di capo, a circa 200 mm. di Hg. e l'urina, che per solito appariva del tutto normale, cominciava a mostrare albumina e cilindri dopo che la cefalea si era andata svolgendo per qualche ora.

Il polso tornava alla norma in breve tempo; l'urina invece continuava ad essere patologica per circa 12 ore dalla fine del parossismo doloroso.

L'azoto residuo nel sangue non superò mai i limiti normali (25-30 millig. per cento).

Con ogni probabilità nella mia malata una speciale labilità del rene è quella che fa apparire così manifesto il danno del disordine circolatorio; ma ciò non toglie alla singolarità dell'osservazione.

OSPEDALE CIVILE DI VELLETRI

Calcolo vescicale da corpo estraneo.

Prof. ANGELO CHIASSERINI, direttore.

Il numero e la varietà dei corpi estranei trovati nella vescica urinaria è assai grande. Come essi vi penetrino e quali alterazioni vi inducano è pure ben noto, traverso le molteplici osservazioni pubblicate.

Il caso da me osservato può avere un qualche interesse sotto alcuni punti di vista.

Si trattava di una bambina di 13 anni, che da circa quatro anni soffriva di disturbi nella minzione. Questi da prima consistevano in una pollachiuria e una disuria moderata, che man mano erano divenute più intense. Le urine, prima chiare, si erano fatte torbide ed avevano acquistato un cattivo odore. Negli ultimi mesi i disturbi si erano notevolmente aggravati: alla frequenza delle minzioni era succeduta una vera incontinenza; l'urina era torbida, e talvolta ematica; frequenti crisi dolorose riferite alla regione pubica.

La piccola paziente era stata veduta durante questo tempo da parecchi medici, i quali pare non avessero praticato alcun esame vescicale.

La bambina, vista da me il 23 giugno scorso si presentava in buone condizioni generali. Esame dei vari organi, ad eccezione dell'apparato urinario, negativo. Incontinenza, specialmente notturna.

Urina torbida, di odore ammoniacale, contenente numerosi leucociti e qualche emazia. Batteriuria.

L'esplorazione vescicale, con catetere metallico (fatta sotto narcosi), dimostrò la presenza di un calcolo, che sembrava fisso.

Il 3 luglio, in narcosi eterea, cistotomia soprapubica. Vescica fortemente retratta, a pareti spesse. Nei tentativi per esporre un certo tratto della parete anteriore della vescica, si lacerava la plica peritoneale, che venne suturata, fissandola alla parete vescicale più verso il fondo. Nonostante questo, l'incisione cistotomica risultò assai piccola, e l'estrazione del calcolo, fortemente fisso, riuscì difficile.

Sutura parziale della ferita vescicale. Drenaggio.

La bambina uscì guarita il 27 luglio.

Il calcolo ovalare, composto in gran parte di fosfati, misurava cm. 3 ½ × 2. Esso si era sviluppato intorno a ciò che, a prima vista, sembrava un ago. La punta di questo sporgeva dal calcolo per cm 1 ½; il resto, lungo 3 ½ cm., era avvolto dal calcolo stesso. La fissità del calcolo dipendeva da che la parte libera del corpo estraneo era infissa nella parete della vescica, in corrispondenza del trigono.

Esaminando meglio il corpo estraneo, e liberandone l'estremo avvolto dalle concrezioni calcolose, e che appariva troncato, mi convinsi che, anzichè di un ago, doveva trattarsi di uno spillone, la cui testa doveva essersi perduta durante le manovre per estrarre il calcolo. L'estremo superiore di questo si era invero frammentato.

Il modo di penetrazione in vescica, che non sarebbe stato così semplice a spiegarsi, se il corpo estraneo fosse stato un ago, diveniva allora abbastanza chiaro. Esso era stato verosimilmente introdotto in vescica traverso l'uretra. Dalla bambina non potei ottenere alcuna risposta positiva.

Il rinvenimento di questa specie di corpi estranei in vescica, se non è eccezionale, è certamente meno frequente della solita forcinella e della cannula. È invece assai raro trovarli in pazienti di così tenera età.

Lo spillone era rimasto in vescica per lo meno 4 anni, e solo negli ultimi mesi aveva causato disturbi gravi. Del resto ci sono casi in cui corpi estranei sono stati tollerati in vescica per 10 anni (caso di *Pasterau*) e anche per 17 (caso di *Steintz*).

La piccola paziente mi era stata inviata con la diagnosi di probabile tubercolosi renale. Ed invero la gravità della cistite era tale che, ad un primo esame, si sarebbe potuto pensare a tale affezione.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

L'importanza clinica dei riflessi vegetativi.

(F. GLASER. *Med. Klinick*, n. 47, 1924).

I riflessi vegetativi hanno lo scopo di rendere possibili le più importanti funzioni del sistema nervoso vegetativo, regolando e dominando essi le funzioni vitali dell'organismo. In condizioni patologiche i riflessi vegetativi possono però anche determinare le più svariate manifestazioni morbose. I riflessi vegetativi si possono dividere in 5 gruppi: riflessi intravegetativi, riflessi sensitivo-vegetativi, riflessi vegetativo-sensitivi, riflessi vegetativo-motorii e riflessi psico-vegetativi. I riflessi intravegetativi decorrono o completamente entro la parete di organi interni, come nel caso del plesso di Auerbach dell'intestino e del sistema di conduzione degli stimoli del cuore, oppure essi decorrono fino al midollo nelle cui cellule esiste il centro del riflesso. Così in caso di eccessivo aumento della pressione del sangue viene stimolato il nervo depressore del cuore, stimolazione che viene condotta al centro del vago nel midollo allungato, ciò che determina una diminuzione della pressione del sangue. Simili riflessi vegetativi sono importanti per la distribuzione del sangue. Così tuffando una gamba in acqua fredda si determina la costrizione riflessa di tutti i vasi cutanei del corpo. Anche le leucocitosi e le leucopenie alimentari dipenderebbero da riflessi dei vasi cutanei che si manifestano durante la digestione gastrica. Grande importanza hanno i riflessi vegetativi per il sistema digerente. La presenza di grasso e di acido nel duodeno come pure la dilatazione del duodeno determina la chiusura riflessa del piloro. Nel campo patologico riflessi intravegetativi determinano una influenza dello stomaco sul cuore. Si hanno così dei rapporti reciproci fra neurosi gastriche e neurosi cardiache.

Nell'angina pectoris lo spasmo vagotonico delle arterie coronarie può determinare secrezione salivaria, diuresi profusa, vomito. Nei più svariati stati spastici di organi interni si manifestano dei riflessi vagosimpatici che determinano costrizione dei vasi periferici, sudore freddo e pelle d'oca. Riflessi intravegetativi tra polmone, cuore ed organi digerenti spiegano l'asma dispeptico. In seguito a riflessi intravegetativi, alterazioni intestinali e alterazioni delle vie biliari possono determinare disturbi gastrici. Così l'appendicite e la stitichezza determinano qualche volta gravi disturbi gastrici; così durante gli accessi di colelitiasi si determinano aumenti di mo-

tilità a carico del sistema digerente. Riflessi intravegetativi hanno importanza in molte manifestazioni della colelitiaşi. Essi determinano l'iperglicemia alimentare, manifestandosi questa già pochi minuti dopo l'ingestione di idrati di carbonio. Il passaggio di idrati di carbonio nel duodeno determina una stimolazione del fegato con conseguente aumento della glicemia. Importanti riflessi intravegetativi esistono tra i bacinetti, i reni e la vescica; essi spiegano l'anuria riflessa in caso di calcolo incuneato in un solo uretere. La dilatazione della vescica e la stasi dell'uretere inibiscono la secrezione di acqua da parte del rene. Tutte le coliche di organi interni dipendono da riflessi intravegetativi: questi organi sono infatti insensibili ai comuni stimoli sensitivi i quali eccitano il sistema nervoso volontario.

I riflessi sensitivo vegetativi hanno notevole importanza diagnostica. Ad essi è dovuto il riflesso pupillare, il riflesso lacrimale, in seguito a stimolazione della congiuntiva, come pure i riflessi che regolano la temperatura del corpo con fenomeni vasomotorii periferici, coi pilomotori e con la secrezione del sudore. Stimolazioni di nervi sensitivi determinano alterazioni della frequenza del cuore e determinano alterazioni nel lume dei vasi splancnici e, in senso antagonistico, dei vasi dei muscoli e del sistema nervoso centrale. Da riflessi sensitivo vegetativi dipendono il riflesso oculo-cardiaco e il dermografismo. Stimoli cutanei o mucosi determinano una eccitazione del centro respiratorio. Da riflessi di questo stesso gruppo viene regolato lo svuotamento della mammella. Riflessi sensitivo vegetativi regolano la motilità intestinale ed importanti riflessi analoghi determinano l'inibizione della motilità gastrica negli stati di irritazione del peritoneo. Riflessi di questo stesso gruppo regolano le funzioni sessuali e determinano rapporti tra capezzolo, mucosa nasale ed utero. Riflessi sensitivo-vegetativi determinano ancora la secrezione lacrimale, la dilatazione delle pupille, l'alterazione della frequenza del polso, alterazioni della motilità e della secrezione gastro-intestinale in seguito a forti stimoli dolorosi.

I riflessi vegetativo-sensitivi sono importanti in patologia. Essi determinano le irradiazioni dolorose e la dolorabilità di zone cutanee negli stati patologici di organi interni. Così gli spasmi coronari nell'angina pectoris provocano irradiazioni dolorose al torace ed al braccio; così in casi di ulcera gastrica è spesso fortemente dolorosa una lieve pressione all'epigastrio e a sinistra vicino alla dodicesima vertebra dorsale. Così durante la colica epatica i dolori si irradiano alla schiena e sino alla spalla, così nella colica renale si hanno dolori irradiati ai fianchi, alla vescica, ai testicoli.

I riflessi vegetativo motori determinano le contrazioni muscolari in regioni sovrapposte ad organi ammalati: difesa muscolare nelle coliche renali, epatiche, vescicali, intestinali e nell'appendicite. Nell'angina pectoris l'improvvisa forte contrazione riflessa dei muscoli intercostali determina la sensazione di compressione violenta del torace.

I riflessi psico-vegetativi provocano alterazioni nello stato degli organi interni in seguito a rappresentazioni o a stati d'animo. Da tali fatti dipende la secrezione gastrica psichica, la secrezione gastrica e la secrezione mammaria in seguito a rappresentazioni dello stimolo fisiologico corrispondente, l'alterazione nel colorito del viso, la secrezione della glandola lacrimale durante determinati stati d'animo. Riflessi psico-vegetativi influiscono anche sulla attività della vescica e sul contenuto del sangue in determinate sostanze. Diversi stati psichici determinano una contrazione della vescica e l'emissione involontaria di urina. L'eccitazione psichica, la paura determinano una glicosuria per mobilizzazione del glicogeno. Gli stessi stati d'animo provocano una diminuzione del calcio nel siero di sangue.

POLLITZER.

Il trattamento del morfinismo.

(HÖSSLIN. *Münch. mediz. Wochens.*, 7 nov. 1924).

Il trattamento del morfinismo costituisce uno dei compiti più difficili del medico.

L'abitudine al dolce e pericoloso alcaloide genera un bisogno irresistibile.

Al riguardo il contegno dei singoli individui è variabilissimo. Mentre innumerevoli migliaia di operati, di feriti, di malati possono ricevere giornalmente la morfina senza più sentirne il desiderio appena cessata la necessità del suo uso, in altri si stabilisce ben presto l'abitudine al formaco, e con la soppressione compaiono disturbi più o meno gravi, i così detti sintomi dell'astinenza.

La morfina entra in combinazione chimica con le cellule cerebrali e ne disturba così la funzione. Con le successive somministrazioni quest'affinità chimica diventa sempre più grande, donde la necessità di sempre maggiori dosi. Si stabilisce così l'abitudine, il bisogno di sempre maggiori quantità di morfina, mentre la soppressione provoca sofferenze e disordini nervosi spesso allarmanti.

La clinica dimostra che questa strana tendenza all'abito morfinico si verifica in individui psichicamente abnormi.

Per costoro la morfina è un mezzo di eccitamento e di calma, e quando ne hanno una volta sentito il dolce effetto, non ne possono più fare a meno.

Questa particolare costituzione costituisce una delle difficoltà del disabito, poichè compaiono disturbi più o meno gravi non appena si riducono le dosi di morfina.

Il trattamento del morfinomane, ossia le cure intese a disabituare i pazienti e sottrarli al fascino ed al bisogno del farmaco, è molto complesso e deve essere condotto con metodo rigoroso.

Occorre innanzi tutto che il paziente sia internato in un adatto istituto di cura, dove vi siano tutti i servizî necessarî per seguire efficacemente la cura, per una stretta sorveglianza e per tutte le opportune cautele.

Purtroppo manca ogni sanzione legislativa per l'internamento forzato, e ben pochi sono coloro che di propria volontà vi si assoggettano o vi sono costretti per interdizione o per disturbi mentali.

Questa riluttanza si spiega non solo per il timore della sottrazione del farmaco, ma anche perchè il paziente deve rinunciare alle visite di parenti ed amici: egli deve avere contatto solo con il personale dell'istituto. Altrimenti egli troverebbe sempre il mezzo di procurarsi la droga, dal cui giogo deve sottrarsi.

Il trattamento del morfinomane negli istituti sia pubblici che privati deve essere condotto sotto il controllo di un medico specializzato.

Maggior bisogno di segregazione hanno coloro che contrassero il vizio della morfina in seguito a sofferenze che possono ripetersi, come crisi gastriche, coliche nefritiche, accessi stenocardiaci o altre affezioni cardiache.

Prima di iniziare il trattamento il paziente deve essere avvertito che il risultato dipenderà esclusivamente dalla perseveranza, dalla disciplina, e dall'esecuzione perfetta delle prescrizioni del medico curante.

Appena ammesso il paziente dovrà fare un bagno. Quindi si esamineranno i suoi abiti, le tasche, le valigie, il portafoglio, il portasigarette, le scarpe, ecc., per accertare che egli non porti con sè la morfina in polvere o in soluzione. Del pari dovranno essere esaminati tutti gli oggetti ed anche le lettere che il paziente riceverà da fuori.

La sorveglianza dovrà essere rigorosissima; il paziente dovrà essere accompagnato anche quando va al bagno ed al cesso, quando riceve le visite.

Occorre diffidare anche del personale di assistenza: il morfinomane tenta ogni corruzione pur di procurarsi la droga.

L'autore suole iniettare nel primo giorno di cura la stessa quantità di morfina, alla quale era giunto il soggetto, ma divisa in tre parti uguali da iniettarsi una a mezzogiorno, una verso sera e l'altra all'indomani verso le sette.

Con queste dosi più rare ma più grandi il soggetto si sente bene; il secondo giorno con la stessa distribuzione si somministrerà la metà della dose abituale, poi si ridurranno ancora le dosi cominciando da quella di mezzogiorno: si ridurrà quella del mattino successivo e poi quella della sera.

Esempio: per un individuo abituato ad iniettarsi 60 cgr. di morfina divisi in 10 dosi, si seguirà questo schema:

	mattino	mezzogiorno	sera
1° giorno	—	0.20	0.20
2° »	0.20	0.10	0.10
3° »	0.10	0.05	0.10
4° »	0.08	0.03	0.10
5° »	0.06	0.02	0.08
6° »	0.04	—	0.07
7° »	0.02	—	0.06
8° »	0.01	—	0.04
9° »	—	—	0.02
10° »	—	—	—

Di solito i sintomi di astinenza (perdita dell'appetito e del sonno, irrequietezza, malessere, vomito, desiderio prepotente di più grandi quantità di morfina, ecc.) compaiono verso il 4° o 5° giorno.

Per combattere tali disturbi non conviene ricorrere, come si fa da qualcuno, al pantopon o agli altri alcaloidi dell'oppio, perchè si corre il rischio di perdere tutto il guadagnato.

Si tenteranno i bagni caldi prolungati, ma i migliori effetti si otterranno dalla somministrazione di doti generose di luminal. Si praticheranno durante il giorno, e specie di sera per assicurare il sonno durante la notte, iniezione di una soluzione al 5 % di luminal sodico. In varie volte si potrà iniettare in ventiquattro ore un gramma ed anche un gramma e mezzo di luminal sodico.

Nei casi gravi, ossia quando l'astinenza provoca forme deliranti, al luminal si può associare la scopolamina.

Le dosi di luminal si cominceranno a ridurre e a darsi per bocca invece che sottocutaneamente, dopo che si è cessata la somministrazione della morfina ed i sintomi di astinenza sono del tutto scomparsi.

È opportuno anche a somministrazione di morfina cessata continuare a praticare iniezioni di soluzione fisiologica invece che di morfina, per-

chè il paziente tiene anche alle iniezioni. È conveniente anche che egli nulla sappia dei medicamenti che gli si somministrano e delle modificazioni apportate nella quantità di morfina iniettata.

Di solito i morfinomani sono anche forti fumatori di sigarette: non è necessario fare proibizioni al riguardo. Per altro a demorfinizzazione avvenuta i soggetti sentono meno il bisogno di fumare.

La demorfinizzazione potrà considerarsi completa soltanto quando il paziente non avrà più bisogno nè di morfina, nè di altri medicamenti.

Quando ciò si verifica cominciamo le impazienze del soggetto, che sente più pesante il controllo del medico e degli infermieri, aspira alla libertà, vuole comunicare con gli altri ricoverati, ricevere visite.

È questo il momento più delicato del trattamento: ogni debolezza, ogni condiscendenza potrebbe compromettere l'esito della cura.

L'isolamento ed il controllo rigoroso devono durare in media 3-4 settimane a far tempo dall'ultima iniezione di morfina.

Se il malato oppone qualche resistenza gli si può concedere un po' di libertà, ma ogni 8-10 giorni lo si rimetterà per 48 ore nel più perfetto isolamento, ripetendo le stesse pratiche dell'inizio della cura per assicurarsi che egli nel frattempo non si sia procurata della morfina.

Anche dopo le dimissioni dall'istituto di cura il controllo non deve cessare: dopo sei settimane e poi ogni 3-4 settimane il soggetto deve sottoporsi a tre giorni di isolamento.

DR.

VIE DIGERENTI.

Sulla invaginazione dopo gastro-enterostomia.

(BRUNN. *Bruns Beitr. z. Clin. Chir.*, Bd. 132, 1924).

La prima comunicazione fu fatta da Steber nel 1917 ed in seguito per opera del Baumann e dell'Hartert i casi sono diventati più numerosi raggiungendo il numero di 8 (esiste un altro caso pubblicato da Drummond. (*The Brit. Journ. of Surgery*, 1923. N. d. Tr.).

L'A. riferisce su di un caso da lui operato in una donna di 31 anni gastro-enterostomizzata due anni prima in altro ospedale e che da circa 5 mesi con l'inizio di una gravidanza aveva cominciato a soffrire di dolori allo stomaco e vomito accompagnati da stitichezza e che si ripetevano a periodi tanto da far pensare a coliche biliari. Con l'esame clinico fu esclusa una affezione genitale e della cistifellea; con la radioscopia si notò una irregolarità della parte prepilorica ed un appiattimento della grande curvatura dello stomaco il quale presentava nella sua ombra parti chiare a forma di ventaglio, senza alcuna traccia di gastro-enterostomia. Il pasto opaco fu in gran parte vomitato, non di meno dopo 5 ore si notò forte ristagno e nessuna porzione di bario era passata nel tenue mentre la grande curvatura da orizzontale era diventata paradossalmente convessa.

All'atto operativo praticato con l'anestesia degli splancnici alla Braunn si notò lo stomaco completamente ripieno e con una tipica gastroenterostomia posteriore ad ansa corta; l'ansa efferente enormemente allargata di colore rosso scuro, dura, e che dopo circa 30 cm. presentava una invaginazione del digiuno verso lo stoma efferente. L'ansa venne disinvaginata e misurava una lunghezza di 60 cm. Non trovando una causa della invaginazione poichè la stomia era normale e lo stato dell'ansa buona l'A. richiuse il ventre. La guarigione seguì rapida senza recidiva.

L'A. riporta brevemente i 7 casi della letteratura di cui 3 dopo gastro-enterostomia anteriore e 4 dopo la posteriore che diventano 5 con l'aggiunta del suo. Questa maggiore percentuale si deve riportare al maggior numero di gastro-enterostomie posteriori che si fanno negli ultimi decenni. Le donne sono più colpite degli uomini (su 8 casi 6 donne e 2 uomini) ed in ciò ha influenza la gravidanza. La malattia per cui era praticata la G. E. era in 6 un'ulcera dello stomaco o del duodeno, in uno un fibroma con stenosi pilorica e in un altro gastro-ptosi con gastrectasia. Solo in un caso si ebbe un breve periodo dalla G. E. di 10 giorni, negli altri da 3 mesi a 10 anni. Fra le cause ha importanza principale il vomito che pure in qualche caso può essere anche interpretato come il primo segno della invaginazione. Nel caso dell'A. il vomito seguì un mese alla gravidanza e precedette di 5 mesi l'inizio dell'ileo. Il vomito è pure fra i segni clinici dell'invaginazione ed in 5 casi fu misto a sangue. Un altro sintoma è la forte dolorabilità della regione gastrica molte volte sotto forma di coliche per cui si è pensato spesso a forme biliari. Solo raramente non si trova il sintoma della mancanza di emissione di feci e di aria. La diagnosi di invaginazone retrograda non è stata finora fatta in nessun caso ma cominciando a conoscere i segni è più verosimile che si possa fare una diagnosi differenziale aiutandoci oltre l'ematemesi coi segni di un ileo la mancanza di pasto di contrasto nell'intestino e la forma paradossa convessa della grande curvatura dello stomaco.

Riguardo al trattamento in 5 bastò la semplice disinvaginazione; solo in 2 si dovette riinterve-

nire con resezione dell'ansa: Hartert restrinse la bocca anastomitica, Schlössmann cucì le due anse della G. E. al colon trasverso; l'A. praticò la semplice disinvaginazione.

Tutti i casi operati sono guariti e la prognosi quindi è buona.

R. BRANCATI.

La plastica dello sfintere per la cura dell'incontinenza dell'ano.

(FERRARINI. *Arch. Italiano di Chirurgia*, vol. X, fasc. I, 1924).

L'incontinenza dell'ano costituisce una delle affezioni più gravi ed insopportabili per i pazienti ed è rimasta al di sopra di ogni risorsa terapeutica fino a tempi relativamente recenti. I vari metodi infatti consigliati e tentati dal Doyen, dal Tiersch, dal Poppert e da altri, tendenti a ricostituire lo sfintere o a crearne uno artificiale, mediante iniezioni sclerotizzanti, anse metalliche, lacinie fibrose o torsioni dell'intestino, hanno, per ragioni ovvie, fallito completamente al loro scopo.

L'unico mezzo veramente razionale è quello che si propone di ricostituire lo sfintere a mezzo di una plastica muscolare e ciò riesce possibile utilizzando lembi muscolari presi ai gr. glutei vicini e trapiantati intorno all'ano. Il metodo tentato per primo da Chetwood, poi da Schemaker, Mantelli, Frangenhein, Tzastroff e Bereznegwski e da altri, modificando variamente la tecnica, ha risposto abbastanza bene, ma non perfettamente allo scopo.

Per una buona riuscita della plastica occorre sovratutto che il muscolo trapiantato conservi la sua funzione contrattile, e ciò è possibile qualora siano accuratamente rispettate le connessioni dei lembi muscolari coi vasi e coi nervi. Gl'incerti risultati ottenuti coi diversi processi finora tentati dipendono appunto dalla mancata applicazione di tali norme onde l'A. schematizza il processo operatorio con un metodo personale che ha applicato in un caso con buoni risultati.

L'operazione deve essere condotta con tecnica accurata e con asepsi rigorosa per non fallire allo scopo. Disposto il malato in posizione ginecologica si pratica un'incisione circolare a 2 cm. dal contorno anale e s'isola l'ultima porzione del retto per circa 5 cm. traendolo in basso e suturando provvisoriamente l'imbuto cutaneo arrovesciato. Si praticano sulle natiche due incisioni lunghe circa 25 cm, che vanno dalla tuberosità ischiatica alla sporgenza del gr. trocantere. Si scolla il bordo inferiore dei gr. glutei fino alla linea aspra del femore e si fanno a carico di essi due lembi larghi circa 3 cm. che si distaccano dalla loro inserzione distale, cercando sovratutto di non spingere troppo medialmente la peduncolizzazione dei lembi per rispettare il N. Gluteo inf. e l'Arteria che penetrano nel muscolo circa a livello del terzo medio col terzo interno.

Si scolla il ponte cutaneo che separa l'incisione circolare praticata intorno all'ano dall'angolo mediale di quella che corre sulla natica da tutte e due lati, preparando due ampi tunnel sottocutanei nei quali si trascinano gli estremi distali dei lembi muscolari che si fanno incrociare sul retto in modo da costituire un'ansa muscolare quanto più è possibile completa. Tale cingolo costituisce intorno al retto un vero sfintere, la cui continenza risulta specialmente nei primi tempi perfetta.

In secondo tempo spesso una parte della contrattilità del nuovo sfintere pare si venga esaurendo e la continenza diviene meno perfetta, specialmente per i liquidi, per degenerazione forse terminale di una parte delle fibre muscolari trapiantate.

La difficoltà così di ovviare praticamente all'incontinenza dell'ano deve renderci prudentissimi nel trattamento operatorio di affezioni situate nell'ultima parte dell'intestino, perchè una lesione dello sfintere può determinare spesso una infermità molto più penosa di quella per cui era richiesto il nostro intervento.

CIOTOLA.

Intorno alla diagnosi e al trattamento delle emorroidi.

(KUTTNER. *Deut. med. Woch.*, n. 29, 18, VII, 1924)

L'A. premette che il trattamento delle emorroidi deve esser diverso a seconda: 1) della loro sede; 2) dei fenomeni concomitanti; 3) cause occasionali; 4) successioni morbose. Dopo aver passato brevemente in rassegna l'etiologia, i disturbi subbiettivi locali e generali, inoltre le più frequenti nozioni anatomiche e fisiopatologiche, accenna alla facile diagnosi delle emorroidi esterne, che non potranno esser confuse con condilomi piani, con formazioni polipose protrudenti, col prolasso del retto e con le pliche mucose, talvolta ipertrofiche, dell'orifizio anale. Ben diverso il caso di ectasie delle vene emorroidarie a sede più alta, spesso ignorate dal paziente e manifestantesi soltanto con emorragie ostinate. L'A. per mettere in evidenza queste emorroidi, invita a spremersi fortemente il malato sopra un recipiente contenente acqua calda: usando questo mezzo, non ha mai avuto bisogno del procedimento, non scevro da inconvenienti, di aspirazione, consigliato da Strauss e Boas.

L'A. scrive di non accontentarsi dell'ispezione dei soli nodi emorroidari, ma di esaminarne la

natura e di osservare l'eventuale presenza di infiammazioni o complicazioni, come ragadi, fistole, ascessi, fenomeni d'incarceramento. In presenza di forti dolori, già per la semplice ispezione, sarà necessaria l'anestesia al cloruro di etile in questi casi indispensabile per l'esplorazione digitale.

Quest'ultima per i noduli interni, non sempre sarà sufficiente; si ricorrerà allora alla retto-sigmoidoscopia, coll'avvertenza di osservare la mucosa non solo nell'introduzione, ma anche durante l'estrazione lenta dello strumento; verranno così messe in evidenza le ectasie venose, che nell'introduzione del tubo si facevano scomparire. L'A. raccomanda di non rinunciare mai al riscontro rettale, anche nei casi in cui sono bene evidenti già all'ispezione, le emorroidi esterne, perchè solamente così potranno venir esclusi epiteliomi incipienti concomitanti o latenti processi blenorragici e dissenterici, i quali verrebbero a dare nel trattamento indicazioni del tutto diverse.

Il trattamento di un emorroidario, appena allora potrà esser ritenuto razionale, quando, dopo aver sufficientemente descritto il reperto locale, si rivolgerà l'attenzione alle indagini generali e alla precisa considerazione del metodo di vita e di alimentazione; così, se saranno state prese le anzidette precauzioni, si potrà, almeno in uno stadio di iniziale sviluppo, con criterî profilattici e dietetici, ovviare a ulteriori e più rilevanti emorragie, a gravi suppurazioni e ad altre serie complicazioni. Onde facilitare il reflusso sanguigno delle vene emorroidarie, l'A. dice di consigliare spesso la posizione alta delle natiche di Oeder, su cuscini disposti a cuneo, sollevando magari i piedi del letto. Per casi leggeri, bisognerà rivolgersi sopratutto a curare la dietetica, con la quale si cercherà di evitare l'azione meccanica grossolana di alcuni cibi, inoltre rendendo semiliquido l'alvo, proteggendo la mucosa malata da fatti suppurativi. Il vitto sarà preferibilmente latteo-vegetariano, si eviteranno grandi quantità di alcool, caffè e cibi piccanti; limitandosi in presenza di infiammazione a tè, brodo di gelatina, riso e leggeri lassativi mai però drastici. Buoni risultati, per quanto passeggeri, si potranno ottenere dall'idroterapia, specialmente quando verrà praticata con speciale riguardo all'affezione emorroidaria, in ispeciali case di cura.

Converrà astenersi dal praticare clisteri di sostanze irritanti la mucosa come sapone, glicerina, tannino, ecc., mentre riusciranno efficaci, specialmente nei casi di stitichezza, piccoli clisteri d'olio e per combattere la frequente contrattura dello sfintere, goccie di atropina, papaverina o adrenalina (v. Noorden). Di grande importanza sarà la regolare e completa toeletta dell'ano, dopo ogni defecazione: pulizia con ovatta imbevuta d'olio, lavaggi borici, semicupi e doccie anali. Per difendere i nodi emorroidarî contro irritazioni esterne: cuscinetti di ovatta, unguenti e soluz. iodica molto diluita in glicerina. In caso di escoriazioni dolorose: pomate alla vaselina, lanolina o burro di cacao con aggiunta di oppio, belladonna e cocaina; supposte secondo la prescrizione di v. Noorden dopo la defecazione e prima di coricarsi. Se l'infiammazione raggiungerà una intensità maggiore, saranno necessarî il letto, gli impacchi caldo-umidi, i semicupi e un'accurata dieta liquida; mentre con gli oppiacei si paralizzeranno i movimenti intestinali. Boas consiglia per le emorragie abituali l'estratto fluido di Hamamelis virgin. a cucchiaini sciolti nell'acqua; si ricorrerà ancora ai semicupi freddi e all'uso di una fascetta di garza iodoformica, convenientemente disposta; se le emorragie saranno più considerevoli, iniezioni o supposte di cloruro di calcio, percloruro di ferro, riposo a letto; provenendo il sangue dai nodi più interni, nel retto verrà introdotto un tubo di gomma avvolto da garza iodoformica da tenere in sito da 24 a 36 ore, somministrando durante questo tempo oppiacei e opponendosi in ogni modo alla frequente ritenzione di urina.

L'A., dopo avere accennato al comportamento da usarsi verso i nodi emorroidarî interni procidenti o cangrenosi, conclude dicendo che non ottenendosi giovamento coi suddescritti trattamenti, si debba pensare alla cura chirurgica, preferendola ai processi di aspirazione e di iniezione. Si avrà infine indicazione del trattamento chirurgico quando disturbi molto ostinati impediranno i processi conservativi, quando non si riuscirà ad arrestare le emorragie, quando in ultimo luogo vi sarà tendenza al prolasso e alla incarcerazione dei nodi interni. E. M.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Dott. A. PETTENATI. *La glicemia negli stati infettivi.* Tipografia C. Lazzati, Gallarate.

Questo diligente lavoro del Pettenati comprende una parte sintetica ed un contributo originale: nella parte sintetica è svolto il capitolo del ricambio degli idrati di carbonio e sono sintetizzate le conoscenze sulle variazioni che subisce il contenuto dello zucchero del sangue (glicemia) sia per ragioni fisiologiche, sia per determinati espedienti; sono sintetizzate con giudizio le conoscenze sull'influenza delle glandole a secrezione interna sul ricambio dello zucchero.

Dopo una analisi dei metodi di ricerca dello zucchero nel sangue, metodi, che per l'importanza anche clinica della ricerca, dovrebbero en-

trare nella pratica del medico, l'A. riferisce i resultati ottenuti nella ricerca della glicemia negli stati infettivi. Sono stati esaminati malati di tifo, di polmonite, setticemici, difterici, tubercolosi, ecc. La glicemia è stata considerata nei rapporti con la febbre, con lo stato infettivo. L'A. ha ricercato il comportamento della glicemia provocata, spesso ha ricercato la glicemia nel sangue venoso nel sangue capillare, l'ha messa in rapporto con la glicosuria eventuale. Le conclusioni, parche nella parte clinica, interessanti dal punto di vista biologico. In questo genere di ricerche però se un contributo unico, per quanto diligente, non apre vie utili alla clinica, rappresenta la pietra di costruzione di edifizi che lentamente sorgono vantaggiosi in tempo imprevedibile. Per un lavoro del genere l'accuratezza, la diligenza, l'esattezza, sono qualità indispensabili, e queste sono doti preclare del volume.

T. PONTANO.

H. STAUB. *Insulin zur einführung in die insulinterapie des Diabetes mellitus*. J. Springer, 1924, Berlin.

È un piccolo volume di 106 pagine, che illustra tutto il lavoro sperimentale sul diabete, che preparò la scoperta dell'insulina.

Nella seconda parte si comprendono tutti i metodi di preparazione dell'insulina, le sue proprietà fisico-chimiche, la sua azione, che produce diminuzione progressiva del quantitativo dello zucchero del sangue fino all'esplosione della fase ipoglicemica, caratterizzata da convulsioni e coma, che porta a morte l'animale se non si interviene con sostanze, capaci di aumentare il tasso glicemico.

Il meccanismo di azione è ampiamente discusso riportando le numerose ipotesi proposte dagli AA.

La parte clinica è ricca di osservazioni e di considerazioni, che permettono di stabilire i diabeti, più adatti alla cura, la dieta in uso e le sue variazioni in rapporto all'insulina ed alle sue dosi. I risultati ottenuti nel diabete in genere, nello stato di coma, nelle infezioni e nelle complicazioni chirurgiche del diabete attribuiscono all'insulina un'azione curativa di straordinaria importanza.

MARINO.

Prof. STRAUSS und Dott. SIMON. *Die Insulinbehandlung bei Diabetes mellitus*. S. Karger, Berlin, 1924.

Una descrizione dettagliata delle osservazioni sul diabete fino alla scoperta dell'insulina.

L'esposizione dei vari capitoli non differisce essenzialmente da quella del lavoro di Staub.

Metodi di preparazione dell'insulina, proprietà chimiche e fisiologiche, sindrome ipoglicemica e modo di superarla costituiscono la parte introduttiva del lavoro. Molto ampia la parte, che si riferisce all'applicazione dell'insulina sul diabete, alle dosi di adoperare, agli effetti che si possono raggiungere, e che il medico pratico e lo studioso possono utilmente consultare.

Il libro infine è corredato di un ricchissimo appendice bibliografico, dove sono riportati i principali AA. ed i lavori più importanti.

MARINO.

G. LEPEHNE. *Die Leberfunktionsprüfung*. In-8°, pagine 70. C. Marhold, Halle a S., 1924.

Questo breve scritto del Lepehne fa parte della collezione di « dissertazioni senza pretese » (Sammlung zwangloser Abhandlungen) che pubblica la Casa Marhold.

Il Lepehne, che è un vero competente in materia di studi sul fegato, espone i metodi delle varie prove funzionali epatiche (riguardanti cioè le singole funzioni di questo organo dalle molte attività), ne riferisce criticamente i risultati, ne indica l'applicabilità.

Non bisogna cercare in questo libro, poichè non rientra nei criteri, per i quali fu scritto, e che sono soprattutto metodologici, uno studio sintetico della funzionalità epatica totale e parziale, e delle varie fisionomie cliniche. Ma i metodi d'indagine sono esposti con chiarezza e modernità, i lavori riferiti sono numerosi. Il libro è istruttivo e può riuscire assai utile.

Rileviamo, per scrupolo d'analisi, ma senza meraviglia, che anche questo Autore si è scordato che esiste una produzione scientifica italiana, la quale, proprio in questo speciale campo, non è tanto inferiore a quella delle altre nazioni!

g. sabatini.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 25 gennaio 1925.

Presidenza: Prof. G. PIANESE, presidente.

Ricerche batteriologiche sulle verdure del mercato di Napoli.

Dott. ROBERTO FRANZA. — Dopo aver enumerato le ricerche eseguite sulle verdure da AA. precedenti l'O. illustra le sue esperienze eseguite allo scopo di esaminare la flora batterica delle verdure che vengono vendute sul mercato di Napoli, onde studiarne l'importanza nella diffusione della febbre tifoide, molte volte attribuita ad ingestione del B. di Eberth a mezzo di questo alimento.

In base alle sue ricerche conclude che, pur non

negando la importanza dei resultati ottenuti dai precedenti osservatori, dato il numero non troppo esiguo delle sue ricerche, eseguite su piante che durante la stagione estiva vengono mangiate su vasta scala dalla popolazione, è lecito conchiudere che il reperto del B. di Eberth negli ortaggi del mercato di Napoli, purchè sufficientemente mondati e lavati, deve essere assai meno frequente di quanto si suole immaginare.

Ricerche sperimentali intorno alla persistenza del B. tifico su ortaggi inquinati durante il loro accrescimento.

Dott. ROBERTO FRANZA. — L'O. è stato indotto a studiare sperimentalmente la persistenza del B. di Eberth sulle verdure, onde rendersi conto del pericolo di inquinamento di questo alimento a mezzo della concimazione.

Il bacillo di Eberth venne ricercato con tutti i terreni di arricchimento e di isolamento che dànno maggiore affidamento, per evitare possibili errori.

I risultati cui è pervenuto sono i seguenti:

1) la vitalità del B. di Eberth non solo sulle foglie, ma anche sullo strato più superficiale del terreno non supera i tre giorni;

2) che, dato questo risultato, la concimazione, tranne in casi eccezionali, non può considerarsi pericolosa per le piante, bensì più pericolose le pratiche successive al raccolto, rivendite, bagnatura con acque sporche ecc.;

3) che dal confronto dei risultati di queste esperienze con i dati statistici di mortalità per febbre tifoide nelle più grandi città italiane, nelle quali il consumo delle verdure crude è più limitato che non a Napoli, si desume che l'importanza di questo alimento come veicolo della detta infezione, non può essere negata del tutto, ma è stata però più o meno esagerata.

Note anatomiche sul labirinto vestibolare osseo degli uccelli.

Dott. VINCENZO TANTURRI. — L'O. presenta dei preparati di crani di uccelli diversi in cui vennero isolati i canali semicircolari ossei, mantenendoli integri ed *in situ*. Da tale preparazione appare chiaro il comportamento di ogni canale ed i rapporti tra essi.

Oltre le note particolarità anatomiche circa la direzione e il decorso di questi condotti negli uccelli, appare chiaro un fatto e cioè una fusione dei canali posteriore ed esterno, cui corrisponde una comunicazione delle cavità dei canali stessi. Mentre l'O. si ripromette di studiare i rapporti dei canali semicircolari membranosi come degli spazi perilinfatici in questo punto, accenna alla importanza del fatto nei riguardi specialmente della funzione di tali organi in animali che hanno una sensibilità spaziale squisita quali gli uccelli.

A. CHISTONI.

Società Medico-Chirurgica degli Ospedali abruzzesi.

Adunanza del 31 agosto 1924.

Presidenza: prof. A. MATTOLI.

Stato attuale della terapia della tubercolosi polmonare.

Prof. A. GASBARRINI. — Riassunte le odierne conoscenze sulla sieroterapia, vaccinoterapia e chemioterapia, si ferma sul pneumotorace art. che, in base anche alle più recenti constatazioni istologiche del polmone compresso, può considerarsi il migliore fra i mezzi di cura attuali.

Contributo alla conoscenza della tachicardia parossistica.

Prof. GIULIO GALLI. — Ha osservato un caso nel quale le ricerche elettrocardiografiche dimostrarono trattarsi della rara t. p. infra-nodale, con punto di partenza dell'eccitazione dal ventricolo sinistro. Ritiene degna di nota la constatazione ripetuta dell'aumento di volume dell'atrio sinistro, quale espressione di una stenosi mitralica muta. L'unica terapia efficace fu quella chininica, nella dose media di gr. 2,50 *pro die*.

Contributo allo studio clinico ed anatomo-patologico della tubercolosi renale cronica.

Dott. L. CAPORALE. — Espone il risultato delle sue osservazioni su venti casi, studiati nella clinica chirurgica di Padova. Su 13 operati si ebbe in 11 guarigione completa o miglioramento notevole, stazionarietà in uno, morte in uno (tubercolosi polmonare 6 mesi dopo l'atto operativo), di 7 non operati uno morì, 3 peggiorarono, 3 rimasero stazionari. Riassume i dati dello studio anatomo-patologico e conclude affermando la teoria ematogena nell'interpretazione patogenetica.

Flora anaerobica dell'appendice normale e patologica.

Prof. R. PAOLUCCI. — Espone i resultati di sue ricerche sperimentali: sostiene la teoria della cavità chiusa, ammettendo come elementi concomitanti il ristagno di liquido o la presenza di calcoli. Dei germi frequente il bacillo di Pfeiffer, a proposito del quale rileva la coesistenza non rara di influenza ed appendicite; frequente lo streptococco; aumento degli anaerobi nitrificanti nelle appendici infiammate; esaltazione del potere patogeno dei germi dell'appendice nei processi flogistici.

Il vaglio della funzione renale mediante la prova della sulfonfenolftaleina.

Dott. G. TARALLI. — Espone i resultati di uno studio critico-sperimentale sulla prova della S.F.F. Nelle sue ricerche questa, pur subendo variazioni che non oltrepassano i limiti fisiologici, gli è risultata preferibile alla prova della costante di Ambard, per la semplicità della tecnica; ha potuto stabilire che i resultati ottenuti negli stessi soggetti, con le due prove, sono sovrapponibili.

Moderni criteri di tecnica ed edilizia manicomiale.

Prof. M. LEVI BIANCHINI. — I maggiori progressi datano dalla metà del secolo scorso con l'edilizia su due assi paralleli, e dalla fine di esso e principio del nostro, con creazione dei « servizi aperti », cioè ambulatori e ricoveri di malati iniziali, sottraendoli alle formalità burocratiche.

Aneurisma artero-venoso giugulo-carotideo.

Prof. L. BONOMO. — Da un caso, da ferita d'arma da fuoco, operato con successo, l'O. trae argomento per un esame dei criteri che informano il trattamento chirurgico, concludendo in favore di un intervento ritardato, per ottenere il miglioramento dello stato locale e la formazione del circolo collaterale.

L'anestesia locale nella pratica chirurgica.

Prof. V. MARCOZZI. — Ricordati i vantaggi dell'anestesia locale, che egli impiega anche negli interventi sugli organi addominali, espone la tecnica; l'O. impiega spesso dosi elevate di novocaina senza inconvenienti: deve ammettere l'azione generale dell'anestetico nei casi nei quali l'infermo si addormentò durante l'atto operativo; legge infine la numerosa statistica di interventi (circa 2000) nei quali ricorse con successo alla anestesia locale.

Ulcera semplice perforata del colon trasverso.

Dott. V. BONOMO. — Pone in rilievo il decorso latente dell'affezione, in un caso da lui osservato nell'Ospedale Civile di Chieti: si rivelò con la perforazione: discute i criteri della diagnosi di perforazione di ulcera semplice o epiteliomatosa ed espone, descrivendo il reperto operatorio che escludeva la possibilità della sutura, la condotta chirurgica seguìta della resezione del tratto colico interessato ed anastomosi termino-terminale. Guarigione. Presenta il pezzo anatomico e riassume i resultati dell'esame istologico.

Coleperitoneo con integrità apparente delle vie biliari.

Prof. S. MARINACCI. — La comunicazione verrà pubblicata integralmente nel « Policlinico ».

Cisti traumatiche del pancreas.

Dott. V. ROSSONI. — Dal caso osservato ed operato nell'Ospedale Civile di Chieti, che rientra nel quadro tipico delle cisti traumatiche del pancreas, l'O. trae argomento per illustrarne particolarmente le difficoltà diagnostiche e discutere largamente i vari metodi di trattamento, concludendo che siano da preferirsi, dopo l'isolamento il più ampio possibile della cisti, la resezione ed il capitonnage, che nel caso riferito, furono seguiti da resultati perfetti.

La cura della placenta previa.

Prof. A. MARINO. — L'O. osserva come i metodi correnti per il trattamento della placenta previa (pallone di Charpentier, rivolgimento alla Braxton-Hicks), efficaci ad arrestare le emorragie, non lo sono egualmente nella tutela della vita fetale. Il metodo più idoneo a raggiungere il duplice scopo è l'intervento per via addominale, preconizzato da Lawson-Tait nel 1890 e praticato e discusso tra i primissimi dal prof. Mattoli. Cita a conferma i dati della clinica ostetrica di Roma, confrontando i 12 tagli cesarei su 181 casi di placenta previa del periodo 1910-marzo 1923, agli 8 eseguiti su 22 casi del periodo 1° aprile 1923-31 luglio 1924. La mortalità è più alta di quella citata in statistiche di altri autori che si avvicina all'11 per cento nella statistica del Viana. Conclude affermando doversi considerare il taglio cesareo nella placenta previa, trattamento di elezione.

L'indicazione operativa dei fibromi dell'utero.

Prof. F. ROSSI. — Ritiene di competenza del chirurgo i grossi tumori, quelli che esercitano compressioni, i fibromi in sfacelo, o se accompagnati da processi flogistici degli annessi, da menorragie gravi, da gravidanza, i peduncolati e tutti i casi nei quali sussiste un dubbio diagnostico tra il fibroma e una neoplasia maligna. Alla radioterapia spetterebbero i tumori delle donne prossime alla menopausa.

Di un semplicismo plastico alla palpebra inferiore.

Dott. G. COZZOLI. — Parla di una speciale sutura da lui provata nelle ferite a tutto spessore della palpebra inferiore, e che impedirebbe il facile scollamento dei margini come avviene con i comuni punti di seta.

Scheggia metallica nell'interno del bulbo oculare: diagnosi e trattamento.

Prof. A. BUCCIANTE. — Da un caso di ritenzione di scheggia metallica nel bulbo oculare, curata conservativamente con l'estrazione del corpo estraneo mediante l'elettrocalamita, l'O. trae partito per affermare la opportunità di temperare il vecchio andazzo demolitore con un sano criterio di aspettazione armata. Ricorda numerosi casi di schegge tollerate per anni nel bulbo oculare.

La diagnosi eziologica delle cheratiti parenchimatose.

Prof. A. ROSICA. — Riferisce le sue osservazioni personali su 108 casi: 101 erano dovuti a sifilide ereditaria, 3 a sifilide acquisita, 2 di origine traumatica, 1 di probabile natura influenzale ed uno di origine linfatica. La reazione di Wassermann risultò positiva in 92 casi, negativa in 10, incerta in 6. In base alle osservazioni cliniche integrate dai resultati degli esami sierologici, e istologici, l'O. conclude che la forma tipica (hutchinsoniana) di cheratite parenchimatosa è sempre di origine luetica (generalmente ereditaria), mentre le forme atipiche possono essere dovute a tubercolosi, lepra, malaria, influenza, linfatismo, scrofolosi, uricemia, reumatismo, affezioni dentarie, dismenorrea, traumi.

V. BONOMO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Sul modo per evitare alcuni errori diagnostici all'inizio della tubercolosi polmonare.

Heinz Blümel (*Il Morgagni*, 1924, n. 33) ricorda numerose cause di errore:

Anzitutto bisogna ricordare che il cingolo scapolare, a causa delle differenze più o meno grandi di sviluppo dalle parti (muscoli, ossa) che lo compongono, è frequentemente asimmetrico; che dei bronchi superiori quello di destra è più superficiale e meno obliquo; che in alcuni individui sofferenti di stenosi nasale è frequente l'atelettasia degli alveoli polmonari di taluni distretti apicali.

I raggi X non svelano le lesioni tbc. veramente incipienti, perchè queste si rendono evidenti ai raggi quando sono superficiali e il loro diametro è di 1-2 cm.

È noto che in alcuni individui la temperatura suole essere più elevata del normale; ciò non significa però che essi siano dei tubercolosi.

La tosse e l'espettorato non sono presenti in tutti i malati, nè, quando vi sono, ciò è sempre segno di tubercolosi.

Ricordarsi dell'esistenza di una *tosse anemica*, frequente nelle clorotiche. In tutti i casi dubbi ricorrere alla tubercolina per via ipodermica praticando, a distanza di 3 giorni, 3 iniezioni di tubercolina vecchia sotto la cute del torace alle dosi di 0,1-1,0-5,0 milligr. e sorvegliando la temperatura.

Osservare i caratteri dell'espettorato; ricordarsi delle affezioni catarrali di competenza rino-laringologica, delle bronchiettasie, dell'asma e dell'enfisema, dei tumori del polmone.

Non attribuire eccessiva importanza al reperto ilare, come avviene quando la lettura delle radiografie viene fatta da chi non ha grande esperienza. Vagliare i dati semiologici insieme con quelli ricavati dagli esami dell'espettorato, della temperatura, ecc.

Tener presente, a proposito della prova della tubercolina, che se essa è negativa si ha un dato prezioso contro la diagnosi di tbc., a meno che il soggetto in esame non si trovi in stato di anergia positiva.

ALFREDO PARLAVECCHIO.

La diagnosi etiologica della pleurite emorragica.

Eliminate le affezioni emorragiche, l'influenza e le malattie cardiache, le due cause principali della pleurite emorragica sono la tubercolosi ed il cancro. Per la differenziazione fra queste due malattie, il laboratorio può fornire dati importanti. Il colore del liquido estratto può essere in entrambi i casi roseo, rosso o bruno, ma ciò che importa maggiormente di osservare è il tempo di coagulazione, che è molto minore nel caso della tubercolosi, in cui l'essudato è assai ricco in fibrina. Si ricorrerà poi all'esame microscopico, dopo centrifugazione. Il numero delle emazie è maggiore di solito nella tubercolosi; tipica è poi la formula leucocitaria; la eventuale presenza di cellule cancerose dà una diagnosi sicura. Inutile è la ricerca microscopica dei bacilli tubercolari; si deve preferire l'iniezione nella cavia.

J. Konings (*Le Scalpel*, 1924, pag. 829) fa rilevare che la radioscopia può dare utili indicazioni. In caso di tubercolosi, si ha opacità o si vedono lesioni avanzate agli apici; nel cancro si vede un'ombra, spesso vicino all'ilo, se l'affezione è primaria, mentre se è secondaria, si vedono numerosi noduli sparsi.

Quando si siano eliminate queste cause di pleurite emorragica, si penserà all'ematoma od alla sifilide. Nel semplice ematoma, della pleura, che d'altronde è raro, il liquido ha poca tendenza a riprodursi dopo l'estrazione; l'iniezione nella cavia rimane senza effetto. Più comune è la pleurite sifilitica; in essa la radiografia mostrerà spesso la presenza di mediastinite, mentre la reazione di Wassermann positiva indicherà la natura della lesione. *fil.*

La diagnosi di sifilide polmonare acquisita.

Questa localizzazione interna della sifilide è piuttosto rara, specialmente se la si confronta con la sifilide del fegato. La diagnosi ne è difficile, ma può essere fatta durante la vita, mentre sarebbe più ardua la diagnosi al tavolo anatomico.

C. E. Hamilton (*New York State Journal of medicine*, dicembre 1924), raccomanda anzitutto una accurata anamnesi; il paziente accusa sempre tosse, espettorazione, dispnea, emottisi, dolore al petto, sintomi che dirigono l'attenzione all'apparato respiratorio. Più importante è la storia negativa in riguardo all'esposizione al contagio tubercolare e positiva in rapporto all'infezione sifilitica. All'esame fisico, è necessaria un'esatta localizzazione delle lesioni, che si riscontrano più frequentemente al lato destro, verso l'ilo o nei lobi inferiori; comunque, non si deve dimenticare che possono essere anche bilaterali e nei lobi superiori. All'esame radiologico, si trovano lesioni di aspetto non comune e non tipiche per nessuna altra malattia. L'esame degli sputi è ri-

petutamente negativo, come negativa è la cutireazione, mentre invece è positiva la Wassermann. La coesistenza di lesioni polmonari con Wassermann positiva non deve però far inferire senz'altro la diagnosi di sifilide polmonare; d'altra parte bisogna anche tener presente che detta reazione può essere negativa in casi di sifilide sicura dell'aorta, delle ossa, ecc.

Un'altra prova dell'origine sifilitica della lesione polmonare sarà data dalla terapia che talora dà insperati miglioramenti clinici, senza che le lesioni polmonari siano gran che modificate.

In complesso la diagnosi si fonda molto su criteri negativi; non si dimentichi poi che la presenza di bacilli tubercolari nello sputo non esclude di per sè la possibilità di coesistenza di sifilide. *fl.*

L'importanza diagnostica delle lesioni tubercolari del cavo orale.

(G. H. IVY e I. L. APPLETON. *The Journ. of the Amer. med. Ass.*, n. 3, 1923).

Si possono avere nella bocca lesioni lupose e vere ulcere tubercolari. Le prime sono sempre propagate da lupus della faccia. Questi si diffondono alle mucose nel 10 %, secondo Segueira. Hanno scarsa tendenza a ulcerarsi e a diffondersi. Le ucere si formano dalla apertura di tubercoli, e si localizzano specialmente sulla lingua, sulle gengive e sul palato duro e molle. Si presentano con i tipici caratteri dell'ulcera tubercolare. Sono piùttosto dolenti e hanno tendenza a estendersi e a approfondirsi tanto da interessare anche le ossa sottostanti. L'esame istologico dimostra un tessuto tubercolare e sono stati messi in evidenza anche i bacilli. Raramente si osservano zone di caseificazione. Sono in generale secondarie a lesioni polmonari, e si impiantano dove esistono focolai di flogosi banale, per lo più consecutivi a lesioni dei denti.

Talora la presenza di una ulcerazione tubercolare anale può rivelare una tubercolosi polmonare che decorreva latentemente. L'A. riporta tre casi personali del genere.

In base ai caratteri morfologici dell'ulcerazione non è difficile nella maggior parte dei casi distinguere le lesioni tubercolari dalle ulcere semplici, sifilitiche e epiteliomatose. Nel dubbio, l'esame del torace, le biopsie, e l'inoculazione negli animali possono aiutare notevolmente.

MANFREDO ASCOLI

CASISTICA E TERAPIA.

La febbre dei cardiaci.

Non è infrequente osservare nei cardiaci degli innalzamenti vespertini di temperatura (verso 38°) senza che una nuova endocardite od una tubercolosi siano in causa. Ch. Fiessinger (*Journal des praticiens*, 29 ottobre 1924) fa rilevare che la febbre può essere dovuta alle seguenti cause.

Lo *stato dispeptico o la costipazione*. Si daranno in tal caso le soluzioni sodiche (fosfato di sodio g. 2; bicarbonato e solfato di sodio ana g. 3; sciogliere in un litro di acqua; un bicchierino prima dei pasti), le pillole all'aloe potranno essere utili. Nel caso che i disturbi dispeptici siano in rapporto con eccitazioni nervose, sono preferibili le polveri magnesio-bismutate.

Una malattia infettiva: influenza, angine, e soprattutto il reumatismo articolare; qualche volta anche la granulia.

I *fenomeni broncopolmonari*, bronchiti, congestioni polmonari passive. Può trattarsi di infarto polmonare, ed in tal caso, gli impacchi caldi del torace, i cardiotonici, l'olio canforato sono i migliori rimedi. In caso di *embolismo cerebrale*, gli stessi rimedi ed in più il ghiaccio sulla testa. Quando si tratta di *congestione epatica* con periepatite, assai dolorosa, la febbre raggiunge 38°-39°. Il dolore si calma con gli oppiacei, e le compresse calde rinnovate spesso; è prudente non fare applicazioni di ghiaccio. In 5-6 giorni, l'incidente si risolve.

Anche le *complicazioni cardiache* possono dare la febbre. La pericardite, la sinfisi tubercolare, le endocarditi acute e maligne.

fl.

I disturbi oculari dei cardiaci.

Ve ne sono di transitori, come l'amaurosi, la diplopia e la emianopsia e di quelli permanenti come il glaucoma, l'emorragia retinica e le altre lesioni retiniche.

Il trattamento varia secondo la causa. Nel caso di semplice ipertensione arteriosa, le inalazioni di nitrito di amile possono fare scomparire l'amaurosi. Questa è una complicazione frequente nei cardiorenali in cui il regime idrico ed il salasso possono fare scomparire tale incidente che, in tali malati esige, al pari del ritmo di Cheyne-Stokes, il prolungamento del regime idrico (un litro di acqua al giorno) a 6-7 giorni.

Nella emianopsia e nella diplopia si deve sempre pensare alla sifilide anche se la Wassermann è negativa. Assai rara è la diplopia che Claude ha osservato in un ipertéso per la durata di due mesi, e la vide scomparire quando la tensione si andò abbassando.

Frequente invece è l'emorragia retinica. Il trattamento è anzitutto generale: emissioni sanguigne, regime idrico, limitando in seguito gli alimenti e le bevande, prescrivendo dei lassativi. Si potranno prescrivere bagni oculari quotidiani con la seguente soluzione: Joduro di sodio, Clo-

ruro di calcio, anag. 5, in acqua distillata cmc. 400.

Il glaucoma coincide, ma non costantemente, con l'ipertensione arteriosa. Il trattamento generale è analogo a quello precedente. Localmente si daranno colliri alla pilocarpina (cg. 20 in 10 cmc. di acqua distillata; quattro istillazioni al giorno) o all'eserina (cg. 10 in 10 g. di olio di oliva). Nelle crisi acute, il trattamento locale può essere assai utile.

(*Journal des praticiens*, 24 genn. 1925).

fil.

Il trattamento chirurgico dell'angina pectoris.

J. Diez (*Archivos de la Conferencia de medicos del hospital Ramos Mejia* e *Presse médicale*, 27 dic. 1924) ritiene che il metodo da preferirsi sia quello di Jonnesco che egli ha usato in tre casi con ottimi risultati. Il primo operato soffriva da undici anni ed aveva tre crisi al giorno senza risentire alcun beneficio dal trattamento medico. Dopo l'operazione, i fenomeni dolorosi scomparvero rapidamente e la stessa dispnea da sforzo si attenuò rapidamente e finì con lo scomparire.

Il secondo malato soffriva da 7 mesi e da 3 aveva dovuto abbandonare il proprio mestiere. La violenza del male era tale che il malato pensava al suicidio; il semplice trasporto all'ospedale provocò una crisi che sembrava dovesse riuscire fatale. Dopo l'intervento, scomparsa completa delle crisi ed attenuazione della dispnea da sforzo, sicchè il malato può ora fare facilmente anche due chilometri di strada.

Nel terzo caso (una donna ipertésa con ipertrofia del ventricolo sinistro) si ottenne soltanto una notevole attenuazione delle crisi che erano dapprima 7-8 nella giornata. Questo fatto prova che le fibre della sensibilità dolorifica cardio-aortica non passano tutte per il cordone simpatico.

Tutti gli interventi dell'A. vennero praticati con anestesia locale o tronculare per infiltrazione di novocaina. Dopo l'intervento, si osserva costantemente la sindrome di Cl. Bernard-Horner, cioè l'iperestesia scapolo-brachiale, l'atrofia temporanea dei muscoli del moncone della spalla. Il funzionamento del miocardio va poi migliorando man mano che il tempo passa. La dispnea, le palpitazioni, l'eretismo cardiaco si attenuano progressivamente ed il ritmo cardiaco si regolarizza. *fil.*

Critiche al trattamento chirurgico dell'angina pectoris.

J. Mackenzie (*The Lancet*, 4 ottobre 1924) ritiene che, allo stato attuale delle nostre conoscenze si debba respingere il trattamento chirurgico dell'angina pectoris, il quale ha lo scopo, non già di guarire tale malattia, ma unicamente di sezionare i nervi che trasmettono le sensazioni dolorose dal cuore al sistema nervoso centrale. Tale trattamento comporta numerosi pericoli, a cominciare da quello dell'atto operativo per sè stesso e senza trascurare quello di sezionare dei nervi della vita vegetativa di cui noi ignoriamo molte funzioni. Di più, facendo scomparire le crisi dolorose, si toglie al malato il segnale di allarme, che indica il limite del lavoro e dello sforzo che il suo cuore non può impunemente sorpassare. Il dolore, di per sè, non ha nulla di pericoloso; soltanto esso è associato ad elementi pericolosi che non sono per nulla influenzati dalla sua soppressione.

L'A. respinge il trattamento chirurgico anche per altri argomenti, quali l'imprecisione tuttora esistente fra angine primitive con lesioni cardiache e angine secondarie a lesioni cardiache, e specialmente all'imprecisione dei risultati operatori e delle statistiche riportate dagli autori.

Prima di procedere su questa via, è necessario approfondire lo studio delle differenti forme di angina e soprattutto di precisare lo studio fisiologico del sistema nervoso cardiaco. Si conosce il funzionamento dei filetti nervosi a direzione centrifuga, ma si ignora quello dei filetti centripeti che uniscono il cuore al sistema nervoso centrale.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Determinazione delle frazioni proteiche nel plasma. — Al dott. G. C. da C.:

Il metodo per tale determinazione è descritto da Collen, E. Glean e D. van Slyke (*Journ. of biol. Chem.*, 1920, pag. 587) ed è il seguente:

Si preleva anzitutto il sangue aggiungendovi il 0,5 % di ossalato di potassio per impedire la coagulazione.

Determinazione della fibrina. — A 5 cmc. del plasma, si aggiungono 150 cmc. di soluzione di cloruro di sodio a 0,8 % e 5 cmc. di soluzione di cloruro di calcio ($CaCl_2$ anidro g. 2,5 in 100 cmc. di acqua distillata). Si lascia a sè per 10 minuti, si filtra, si lava il residuo per 5 volte con la soluzione di cloruro di sodio e si pratica il metodo di Kjeldahl sul residuo, usando 20 cmc. di H_2SO_4 e g. 12 di K_2SO_4.

Determinazione dell'albumina. — Per la precipitazione della globulina, si aggiungono a 5 cmc. di plasma cmc. 20 di acqua e cmc. 25 di soluzione satura di solfato ammonico; si lascia in riposo per una notte e si filtra attraverso un filtro asciutto. Si portano poi in un pallone per Kjeldahl da

500 cmc., 20 cmc. del filtrato (= cmc. 2 del plasma). Si aggiungono cmc. 300 di alcool a 50 %, g. 3 di MgO, cmc. 1 di olio di paraffina e si distilla fino a totale scomparsa dell'ammoniaca (prova con la carta di tornasole). Al residuo nel pallone, si aggiungono cmc. 25 id H_2SO_4, g. 5 di K_2SO_4 e una traccia di $CuSO_4$. Si scalda fino a che il contenuto del pallone è diventato giallo-bruno, dopo di che si lava bene il collo con acqua e si aggiungono 10 cmc. di H_2SO_4, procedendo come al solito per la determinazione dell'azoto.

L'azoto, così determinato, prende il nome di *Azoto del filtrato.*

Determinazione dell'azoto totale. — Si esegue su cmc. 2 del plasma, con 20 cmc. di H_2SO_4, g. 12 di K_2SO_4 e g. 2 di $CuSO_4$.

Determinazione dell'azoto non proteico. — Si esegue sul filtrato della precipitazione con acido tricloroacetico. In un pallone tarato da 50-100 cmc., si mettono 25, rispettivamente 50 cmc. di soluzione di acido tricloroacetico a 2,5 %, 5, rispettivamente 10 cmc. del plasma e si porta al segno con la soluzione di acido tricloroacetico, si mescola accuratamente e si lascia a sè per un'ora. Si filtra per filtro asciutto e si pratica il metodo di Kjeldahl sul filtrato con 20 cmc. di H_2SO_4, g. 12 di K_2SO_4 ed un cristallo di solfato di rame.

Azoto della fibrina: determinato direttamente.

Azoto della globulina: Azoto totale — (Azoto del filtrato + Azoto della fibrina).

Azoto della albumina: Az. del filtrato — Azoto non proteico.

Per la determinazione con i micrometodi, veda il lavoro di BANG: *Mikromethoden zur Blutuntersuchung.* Wiesbaden, 1923.

Anche col rifrattometro e col viscosimetro, si possono determinare la quantità totale di albumina e la frazione albumina-globulina.

ST. RUSZNIAK (*Biochem. Zeitschrift*, vol. 141) ha descritto un suo metodo nefelometrico per la separazione di albumina, globulina e fibrinogeno.

Per l'applicazione di questi studî alla diagnosi di tubercolosi, veda: ALDER. Die physiologischen Schwankungen des Mischungsverhältnisses von Albumin und Globulin in menschlichen Blutserum. *Deut. Arch. f. klin. Medizin*, vol. 126. IDEM. Anhaltspunkte für dei Prognosestellung der Lungentuberkulose aus refraktometrischen und volumetrischen Serumuntersuchung. *Zeit. f. Tuberkulose*, vol. 31. H. C. SWEANY, A. T. WEATHERS e L. MC CLUSKEY. The chemistry of the blood in tuberculosis. *Review of tuberculosis*, genn. 1924. G. A. BIOSSA. La labilità colloidale del siero ed i nuovi metodi per la diagnosi di tubercolosi. *Minerva medica*, 10 febbraio 1925.

FILIPPINI.

Meteorologia medica. — Al dott. M. Z. da Bortole d'Istria:

Sull'argomento « Ciclonopatia » ha riferito M. Ascoli al XV Congresso di Idrologia, Climatologia, ecc., tenutosi ad Abbazia nel 1924. Non conosco opere speciali in proposito. Nei trattati di terapia, vi sono accenni più che altro di climatologia; così nella Biblioteca di terapeutica, diretta da Gilbert e Carnot, di cui esiste una traduzione italiana (F. Vallardi ed., Milano), si trova un volume dedicato alla creno-, talasso- climatoterapia). La questione è trattata anche nelle opere di igiene (CELLI, *Manuale dell'igienista;* FILIPPINI, *Prontuario dell'igienista*). Per l'Italia, veda: ROSTER, *Climatologia dell'Italia;* Unione tipografico editrice torinese. INDEX.

Al dott. F. N. abb. n. 3799:

Il trattato di V. ASCOLI, « La malaria », organico e completo, edito dalla U.T.E.T., è da tempo esaurito.

In lingua italiana suggeriamo: F. SCHIASSI, « La malaria e sue forme atipiche »; non è una trattazione sistematica, ma è ben documentata; è edita da Icinio Cappelli di Bologna (1923; prezzo L. 40).

Aggiornatissimo il volume di H. ZIEMANN, « Malaria und Schwarzwasserfieber », edito da Hans Barth di Lipsia (1924; prezzo marchi-oro 40).

L. V.

Medici di bordo. — All'abb. n. 1329:

Per essere ammessi agli esami per medico di bordo non bisogna avere superato i 35 anni.

Per le materie sulle quali devesi sostenere l'esame vedasi *Policlinico* dello scorso anno, n. 32.

Non occorre avere fatto corsi speciali.

M. COL.

Al dott. B. E. da T.:

Il R. D. n. 1216 del 3 giugno 1924 è tuttora in vigore: riguarda però soltanto gli *aspiranti medici* laureati in medicina e chirurgia, che hanno già fatto servizio militare e non i *militari di truppa* laureati in medicina e chirurgia ritardatari, che debbono ancora ottemperare agli obblighi di leva. A. CAS.

All'abb. n. 6152:

Non esiste un trattato di Patologia medica breve e moderno, di poche centinaia di pagine. E se anche qualche Autore lo avesse scritto, non sarebbe consigliabile, perchè dovrebbe necessariamente essere monco ed arido più di un indice.

Il più breve, sintetico e moderno Trattato di Patologia medica resta sempre quello dello Strünpell, edito dal Vallardi (22ª edizione italiana). *Sni.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Titolo di specialista e Corsi di perfezionamento in specialità medico-chirurgiche.

Sono anni che si insiste perchè venga disciplinato il diritto al titolo di medico specialista: voti di eminenti professionisti, di Ordini e Congressi vi sono ad esuberanza. Ora (in base all'art 4° del R. D. 31 dicembre 1923 n. 2909, il quale ammette che tale diritto possa spettare a coloro che abbiano conseguito il relativo diploma secondo quanto sarà stabilito dagli Statuti delle Università e degli Istituti superiori) vediamo Università, come quella di Padova, istituire corsi di perfezionamento per conferire diplomi di specialità medico-chirurgiche (cinque anni per chirurgia, due per ostetricia, quattro per ostetricia e ginecologia, due per psichiatria, due per malattie dell'apparato respiratorio, due per igiene, uno per infortunistica e medicina delle assicurazioni sociali). Si sono tanto combattuti gli autospecialisti senza scrupolo dagli onesti studiosi che riconoscono quanto lungo e severo tirocinio necessita la specializzazione per curare con tranquillità di coscienza: dobbiamo ora buttare in circolazione degli impreparati e concedere loro di accampare diritti, poco badando all'interesse superiore del malato che va difeso specialmente perchè più di spesso credulo e ignorante? Tanto invano si è caldeggiata la diminuzione della quantità a miglioramento della qualità? Ben venute siano libertà nell'insegnamento ed autonomia amministrativa universitaria; ma libertà deve implicare grande responsabilità: e se per l'abilitazione professionale si richiede l'esame di Stato, egli è evidente che al diploma di perfezionamento debba seguire, dopo lungo esercizio pratico, severamente controllato, quello di abilitazione. Il titolo di specialista venga conferito con eguali criterii e cautele in tutto il Regno, cautele che diano piena garanzia della preparazione scientifica e pratica.

Sono disposto a ritenere che per il semplice titolo dottorale possano essere anche diminuiti gli anni di studio, ma dichiaro che occorre, per l'esercizio della medicina in generale, maggiore esperienza di esame e cura di malati. Parmi che invece di dar la caccia al concentramento di infermi, sempre insufficiente di numero nelle città universitarie poco popolate, si renda necessario lasciar liberi i futuri medici pratici di frequentare le divisioni ospitaliere delle maggiori città per poter poi concedere, dopo più anni di tirocinio serio, il diploma di abilitazione (nel Veneto, ad. es. abbiamo, oltre Padova, Venezia, Verona, Vicenza, Trieste, Udine). Bisogna tener bene presente che il prestigio delle Università sta nella qualità degli allievi e nella severità colla quale vengono rilasciati diplomi. Il numero poi dei perfezionandi deve essere proporzionato ai mezzi di laboratorio ed al materiale clinico disponibile: non è chi non possa plaudire a corsi specializzati, per i già abilitati all'esercizio generale della medicina, purchè i relativi diplomi servano soltanto di titoli complementari per eventuali concorsi.

Deve essere segnalato inoltre che coloro i quali attendono veramente alla parte scientifica e pratica sono gli assistenti effettivi delle cliniche e delle più importanti divisioni ospitaliere: questi, dato il numero limitato di posti universitari ed ospitalieri (anco escludendo le frequenti parzialità in concorsi) vedrebbero menomata la importanza della loro severa matura preparazione al libero esercizio professionale, maturità che è di evidente pubblico interesse.

Delle altre varie specialità potranno competenti analizzare la diversa importanza: per parte mia una osservazione non devo però tralasciare sulla specialità che riguarda la Scuola di perfezionamento di ostetricia e ginecologia. Vediamo infatti come questa intenda conferire, dopo solo due anni, il titolo di specialista in ostetricia e dopo quattro quello in ostetricia e ginecologia. Lascio di occuparmi della brevità del tempo dappoichè si tratta di medici che fanno un semplice internato, mentre l'esercizio pratico resta affidato, nella massima parte, al personale assistente: non posso però non dolermi di questo ritorno ad una *ostetricia minore* che ritenevo completamente scomparsa. Ostetricia e Ginecologia formano un tutt'uno armonico e inscindibile: la separazione porterebbe l'Ostetricia al suo grado più basso, mentre dall'intimo necessario legame si è perfezionata e nobilitata.

Vorrei che tutti i medici che mirano alla condotta facessero un corso di perfezionamento in una clinica ostetrica ginecologica od in reparto ospitaliero importante per affrontare con maggior tranquillità gli inevitabili casi di urgenza... ma ciò è ben altra cosa! Ammessa una ostetricia minore, senza frequentare corsi brevi e pressochè teorici, la grande maggioranza dei medici anziani di condotta possono chiamarsi già specialisti di ostetricia!

Concludendo: plaudo alla istituzione di corsi di perfezionamento e concessione di relativi diplomi, ma ritengo necessaria una varia, ma sem-

pre lunga, documentata pratica (per la quale devono meravigliosamente servire i comparti ospitalieri delle maggiori città) per la concessione dell'abilitazione all'esercizio di una specialità medico-chirurgica che deve basarsi su uguali fondamentali criterii in tutto il Regno. L'argomento, da me trattato brevemente, è di pubblico interesse.

Ricordo come dalla Commissione federale per l'ordinamento dell'esercizio della specialità, riunitasi a Genova il 22 agosto 1923, venissero stabiliti i titoli necessari; e precisamente:

1) professore ordinario, straordinario, incaricato, libero docente;

2) primario effettivo di sezione specializzata, nominato per concorso;

3) aiuto o assistente effettivo universitario, in carica da non meno di quattro anni;

4) vice primario, aiuto o assistente, di sezioni specializzate ospitaliere, nominati per concorso, in carica da non meno di quattro anni;

5) i medici chirurghi muniti, dopo la laurea, di diploma di un corso di perfezionamento *almeno* biennale e che abbiano *poi* esercitato la specialità, dopo il diploma, per *almeno* due anni;

6) quei medici che già esercitano notoriamente, con competenza, ed esclusivamente, la specialità da dieci anni.

Dott. Prof. FRANCESCO VALTORTA.

Cronaca del movimento professionale.

La pubblicità dei medici.

L'assemblea straordinaria dell'Ordine dei Medici della provincia di Brescia riunitasi il giorno 25 ottobre u. s., dopo lunga ed esauriente discussione sulla questione della pubblicità fatta dagli inserzionisti sui giornali politici, votava il seguente ordine del giorno:

« L'assemblea dell'Ordine dei Medici della provincia di Brescia delibera che nessuno dei medici inscritti all'Ordine possa più fare la pubblicità sui giornali politici e nei luoghi pubblici a cominciare dalla data che sarà stabilita dal Consiglio dell'Ordine ».

In conseguenza di detta deliberazione il Consiglio dell'Ordine ha convocato i medici inserzionisti per concretare le modalità della applicazione della presa deliberazione, e i medici inserzionisti, preso atto della deliberazione dell'assemblea, a grande maggioranza hanno votato il seguente ordine del giorno:

« I medici inserzionisti preso atto del divieto della pubblicità fatta sui giornali politici e nei luoghi pubblici deliberato dall'assemblea dell'Ordine del 25 ottobre, incarica il Consiglio dell'Ordine di pubblicare e diffondere un albo degli indirizzi degli specialisti ».

Il Consiglio dell'Ordine, nella seduta del 2 dicembre, allo scopo di dare esecuzione al mandato ricevuto, ha stabilito:

1) Di rendere pubblica la deliberazione dell'assemblea del 25 ottobre e di invitare tutti gli inscritti ad osservarla scrupolosamente, avvertendo che agli eventuali trasgressori saranno applicate le pene disciplinari stabilite dal Regolamento sugli Ordini.

2) Di iniziare le pratiche per la pubblicazione dell'albo per gli specialisti.

A tale scopo il Consiglio dell'Ord. invitava tutti gli inscritti che desiderano che i loro nomi, titoli ed indirizzi siano pubblicati in detto albo, a farne domanda alla Segreteria dell'Ordine e avverte che le spese di pubblicazione saranno a carico degli interessati, i quali, all'atto della domanda, dovranno fare un versamento di L. 50. Agli effetti della pubblicazione nell'albo sarà tenuto conto solamente delle domande pervenute entro il 10 febb. u. s.

Per quanto riguarda il titolo di specialista, in attesa del regolamento governativo destinato a disciplinare la questione, è stato stabilito che in via transitoria sia seguìto il criterio oggidì in uso.

Nella seduta poi del 3 gennaio u. s. il Consiglio dell'Ordine ha deliberato che in data 1° marzo c. a. debba cessare da parte dei medici inscritti a quell'Ordine la pubblicità sui giornali e nei luoghi pubblici.

È da augurare che tutti gli ordini dei medici seguano le direttive del confratello di Brescia. Ogni forma di accaparramento di notorietà che non derivi dal prestigio e dal credito dei professionisti non dovrebbe essere consentita, ma più di tutto indecorosa è la forma di allettamento e di accaparramento fatta a mezzo della pubblicità sui giornali. È un ritorno ciarlatanesco, con veste moderna, che se procura qualche soddisfazione economica agli intraprendenti, non conferisce certo prestigio alla classe dei medici.

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

I professori emeriti.

Se ne occupa un competente, che si nasconde sotto la sigla « S », in un giornale quotidiano. Riportiamo molta parte delle sue considerazioni.

« Tutte le leggi sulla pubblica istruzione, a cominciare dalla Casati del 1859 sino a quelle immediatamente precedenti la riforma Gentile, disponevano che ai professori ordinari collocati a riposo dopo venti anni di esercizio del magistero, si conferisse il titolo di *professori emeriti*, mediante il quale restavano a far parte del corpo universitario, potevano intervenire nei Consigli di Facoltà ed essere eletti rettori o presidi. Vi era poi una categoria di *professori onorari*, titolo che si conferiva a chi avesse insegnato per dieci anni almeno in una Università. La legge Gentile aboliva senz'altro le due categorie degli emeriti e degli onorari; sicchè un vecchio professore che tutta la sua vita aveva consacrata agli studi ed all'insegnamento, arrivato a 75 anni viene ora gettato via,

come un cencio inutile, senza alcuna di quelle piccole soddifazioni morali che alle altre categorie di funzionari dello Stato sono consentite.

I militari a riposo possono vestire l'uniforme ed avere tutti gli onori convenienti al loro grado; i magistrati acquistano il titolo a un grado superiore a quello che occupavano; così avviene del Consiglio di Stato, della Corte dei Conti ecc. Soltanto il professore universitario è ora messo fuori dalla famiglia nella quale è vissuto per tanti anni, senza alcun segno di riconoscenza da parte dello Stato a cui ha reso non di rado segnalati servizi. La ragione di sì crudele provvedimento sarebbe questa: in qualche Università taluno dei professori emeriti aveva, abusando della propria qualità, recata molestia in qualche istituto o gabinetto; con la soppressione degli emeriti si sarebbe voluto ovviare a siffatto inconveniente; ma, se è così, la misura sarebbe inadeguata: in tal modo viene lasciato col suo grado e coi suoi diritti colui il quale fu cagione di tali inconvenienti (la legge Gentile infatti conserva titolo e diritti inerenti a chi ne è già investito), e si chiude la porta a chi non ha prodotto e forse non sarebbe capace di produrre inconvenienti di sorta.

Il professore che ha la ventura, o la sventura di vivere oltre ai 75 anni, viene impoverito con una pensione sinora liquidata sui vecchi miserabili stipendi; gli vien tolto il libretto di riduzione sui viaggi; e come se ciò fosse poco, gli si toglie anche il diritto di chiamarsi professore d'Università e di partecipare comunque alla vita dell'Ateneo. Viene dunque impoverito ed umiliato per compensarlo del suo lungo e molto spesso lodevole lavoro.

Fuori d'Italia ben diversamente sono onorati i professori a riposo. In Germania sono nominati *ministri di Stato* (Staatsminister) o *segretari di Stato* (Staatssekretär), con onori ed emolumenti adeguati; altrove acquistano altri onori ed altre prerogative come quella di sedere nella Camera alta. Qualcuno proponeva una volta che il professore universitario collocato a riposo per limite di età fosse nominato di diritto senatore del Regno; ma certamente tutti sentono la convenienza di concedere segni cospicui di benemerenza anche confidando uffici (p. e. al Consiglio superiore) a coloro cui regge ancora la salute e l'intelligenza. Il Fedele promette di risolvere presto *degnamente ed equamente* la questione relativa al conferimento del titolo di professore emerito. Si tratterebbe di una correzione giusta ed umana ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARCE (*Caserta*). — 1ª cond., centro; L. 7000 e 5 quadrienni dec. quando tale aumento non venga assorbito da ulteriore miglioram. dello stip.; per cavalc. L. 2400 finchè nella zona saranno comprese la fraz. Isoletta e le contrade limitrofe. Scad. 30 gg. dal 1° mar. Età lim. 40 a. Ricevuta di L. 50 dal tesoriere comun. Assunz. serv. 30 gg.; potranno esser ridotti a 15 per eventuali esigenze di pubblica sanità. Docum. a 3 mesi.

BRESCIA. *R. Prefettura*. — Ufficiale sanit. e direttore dei servizi sanitari del capoluogo; vedi fasc. 8. Scad. 31 marzo.

BRESCIA. *Spedali Civili*. — Primario anatomopatologo. Proroga al 31 marzo, ore 16. Richiedesi la prova che il candidato ha diretto per almeno due anni l'Istituto di anatomia patologica e batteriologia presso un importante Ospedale o che è stato per almeno 5 anni aiuto effettivo presso l'Istituto di anatomia patologica di una R. Università del Regno.

CASTELNUOVO DI PORTO (*Roma*). — Cond.; L. 7000 e 1ª c-v.; L. 300 uff. san. Scad. 50 gg. dal 2 mar. Tassa L. 25.10. Docum. a 3 mesi. Ab. 1434; km. 27 da Roma.

CONSELVE (*Padova*). — A tutto il 31 marzo 1925, poveri 1ª condotta. Stip. L. 8500; indennità trasp., c.-v. e di ambulatorio. Chiedere avviso alla segret. comunale.

COTTANELLO (*Roma*). — Scad. 31 marzo; stip. L. 6000 e 4 quadr. decimo; L. 1200 c.-v.; L. 2000 cav.; condotta pei poveri L. 1400. Tassa L. 50.15, al Sindaco.

DOMODOSSOLA. *Ospedale di S. Biagio*. — Primario medico. Scad. 30 apr. L. 2400 oltre 50 % tasse di cura e 60 % tasse ambulat. Lib. doc. in patol. med. o clin. med. Laurea da 10 anni.

FERRARA. *Arcispedale di Sant'Anna*. — Due medici primari, un chirurgo primario, due assistenti-aiuti di medicina e uno di chirurgia. Vedi fasc. 9. Scad. ore 17 del 31 marzo.

GALLICANO NEL LAZIO (*Roma*). — Cond.; al 31 marzo: età lim. 40 a.; tassa L. 50.15 al tesoriere com.; docum. a tre mesi; stip. L. 7000; quattro quadrienni dec.; c.-v.; L. 1000 arm. farm. e amb.; L. 300 uff. san. Ab. 1648 di cui 50 sparsi.

GIRGENTI. *Congregaz. di Carità*. — Chirurgo-direttore dell'Ospedale civile, titoli ed esame (clinico e di tecnica operat. sul cadavere); L. 12.000 e 50 per cento onorari per le operaz. chirurgiche malati a pensione. Scad. 22 apr. Età 35-50 a. Quadriennio di assistentato in Clin. chir. universitaria. Tassa L. 50. Chiedere annunzio. Diritto di direzione e gestione di case di salute o reparti ospedalieri privati o di eseguire in essi visite ed operazioni chirurgiche (*sic*).

GRAZZANISE (*Caserta*). — Cond.; stip. L. 7000, più L. 2400 cavalc. e L. 500 uff. san. provvisorio. Scad. 12 aprile. Schiarimenti dalla Segreteria.

MANFREDONIA (*Foggia*). — Scad. 25 mar. Per Zapponeta. L. 10,000. Rivolgersi segr. com.

MELZO (*Milano*). *Ospedale S. Maria delle Stelle.* — A tutto il 31 marzo, med. chir. assistente; vedi fasc. 9.

MUCCIA (*Macerata*). — Scad. 22 mar. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10 alla Tesoreria com. Docum. a 6 mesi. L. 9000 e 4 quadrienni dec.; due c.-v. in L. 1620 complessive; L. 2500 cav.; L. 200 ogni 1000 abit. se uff. san.

PIANDIMELETO (*Pesaro-Urbino*). Scad. 31 mar. Consorzio 3 comuni. L. 7000, salvo aumento in corso; 10 bienni ventesimo; 1° c.-v.; L. 3000 cav.

ROMA. *Ministero della Giustizia e dei Culti.* — Nove posti di medico assistente nei manicomi giudiziari; scad. 15 apr. Vedi fasc. 10.

ROMA. *Ministero dell'Interno.* — Direttore del Laboratorio batteriologico di Bengasi; vedi fasc. 10. Non è stabilita scadenza. — Nove medici coloniali; vedi fasc. 9; proroga al 20 marzo. Domande al Ministero delle Colonie.

SALSOMAGGIORE (*Parma*). — 3ª cond.; vedi fascicolo 10. Scad. ore 18 del 30 marzo.

S. GREGORIO DA SASSOLA (*Roma*). — A tutto 20 aprile; L. 7000, oltre L. 500 disag. resid., L. 300 uff. san., L. 300 arm. farm., doppio c.-v.; 5 quadrienni dec. Età lim. 45 a. Tassa L. 50.10 all'esattore-tesoriere comun. Serv. entro 15 gg.

VIDOR (*Treviso*). — Scad. 20 marzo; L. 9500; 1° c.-v.; per uff. san. L. 500. Schiarimenti dalla Segreteria com.

Diffide e boicottaggi.

Revoca di diffida: Torre Annunziata (Napoli).

CONCORSI A PREMIO.

Fondazione « Gaetano Mazzoni ». — E' aperto, nella R. Università di Roma, il concorso ad un premio annuale della Fondazione « Gaetano Mazzoni », consistente nella rendita del capitale di lire 50,000, diminuita dalle tasse e dalle spese di amministrazione. Occorre aver seguito regolarmente tutti i corsi della Facoltà di medicina e chirurgia e superate al primo esame le prove per gli esami di profitto e di laurea nella Università. Il premio sarà conferito a quel concorrente che avrà ottenuto il maggior numero di punti e di lodi complessivamente negli esami di profitto e in quello di laurea. A parità di voti deciderà la sorte. Il premio sarà aggiudicato non più tardi del mese di dicembre p. v. Domanda al rettore non più tardi delle ore 12 del 31 luglio.

Premio Zanoni. — L'Istituto opoterapico Zanoni di Milano (via Bergamo 50) ha bandito due concorsi a premio, uno per le migliori memorie sperimentali sull'insulina, pubblicate entro il 1925, l'altro per le migliori memorie sulla applicazione clinica dell'insulina nel diabete mellito, pubblicate entro l'anno 1925. I concorsi scadono il 31 dicembre 1925. Le norme dei concorsi e l'elenco dei premi (in denaro e medaglie d'oro) sono pubblicate *in extenso* nel n. 1 della rivista *Opoterapia* e si possono avere chiedendo all'Istituto detto numero della rivista.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Sono state conseguite le seguenti libere docenze: *per l'art.* 41 (alta fama di singolare perizia nella materia, R. D. 30 dic. 1923, n. 2102) da Franco Enrico Emilio, in anatomia patologica; *per titoli*, in clinica ostetrico-gin. da Erede Costanzo Ugo e Rodella Antonio; *per esame*, in medicina operatoria da Pasini Umberto, in patologia chirurgica da Gasparro Eugenio; *in base al nuovo ordinamento*, in anatomia e istologia patologica da Aresu Mario, Pistocchi Giuseppe e Vannucci Dino; in anatomia patologica da Dalla Valle Alberto; in anatomia umana norm. da Bruno Giovanni; in clinica chirurgica da Scanga Alberto; in clinica delle malattie vie urinarie da Tardo Gian Vito; in clinica dermosifilopatica da Lamanna Paolo e Tarchini Pietro; in clin. med. da Barlocco Amerigo; in clin. ostetrico-ginecologica da Artom di Sant'Agnese Valerio e Scaglione Salvatore; in fisiologia ed igiene applicata all'educazione da Paolini Adolfo; in medicina legale da Brandino Giuseppe; in medicina operatoria da Francesco Donato; in oftalmoiatria e clinica oculistica da Besso Moisè e Cattaneo Donato; in patologia chirurgica da Latteri Francesco; in patologia generale da Carrà Josè e Sacchetto Italo; in patologia e clinica oculistica da Mancione Luigi; in patologia e clinica pediatrica da Auricchi Luigi e Ronchi Armando; in psichiatria da Morpurgo Edgardo; in radiologia medica da Meldolesi Gastone, Montanari Arrigo e Palmieri Gian Giuseppe.

Per il biennio 1925-26 alla Società medica chirurgica di Bologna sono stati eletti: prof. Luigi Silvagni, presidente; dott. Gino Ravà, vice-presidente; prof. Giovanni Cavina, segretario; prof. Ivo Novi, direttore del Bullettino; prof. Guido Piccinini, bibliotecario.

Il dott. Lorenzo Midulla è nominato, in esito a concorso, medico ispettore d'igiene del comune di Palermo.

Al dott. Egidio Palazzolo da Pontoglio (Brescia) è stata conferita la medaglia di bronzo al merito della sanità pubblica per il servizio prestato durante la pandemia influenzale quale ufficiale medico comandato in servizio civile.

È stata conferita la croce di guerra al valor militare al dott. Arrigo N. Frisiani, di Genova.

Il dott. cav. Alessandro Pugliese è nominato ufficiale nell'ordine della Corona d'Italia.

Il prof. Kleine è stato chiamato a succedere al prof. Morgenroth, quale dirigente della Sezione per la terapia sperimentale nell'Istituto Roberto Koch per le malattie infettive di Berlino.

Il prof. Gott di Monaco è stato chiamato alla cattedra di pediatria di Bonn, rimasta vacante per la morte del prof. Salge.

NOTIZIE DIVERSE.

I medici d'Italia e il "Libro d'Oro".

In questo splendido volume sono state ricomposte le figure dei nobili militi della Pietà e della Patria che esercitarono il proprio ministerio tra le terribili vicissitudini della guerra con senso di superiore umanità. Pagine di vita e di passione rievocano ed illustrano gli episodi per cui il dovere di chi combatte e il dovere di chi assiste si incontrano e si temperano a vicenda, in una comunione di mutua gratitudine.

La storia degli eroismi vissuti dai medici in guerra è completata con la raccolta di ben mille e quattrocento motivazioni di ricompense al valore, assegnate ai medici italiani. L'imponente volume, in formato 20×30 cm., si compone di circa 550 pagine su carta di lusso con 300 ritratti, tavole fuori testo, fotografie varie e con 30 vigorosi disegni xilografici del grande nostro artista Duilio Cambellotti. Sulla soglia del Libro, Gabriele D'Annunzio ed Augusto Murri celebrano il sacrifizio con parola alta, serena, commossa.

È questa un'opera veramente superba ed anche graficamente è la più bella e la più suggestiva fra le pubblicazioni consimili. Ha già avuto il migliore successo di pubblico ma sopratutto di critica. Il volume pesa circa gr. 2500. Il prezzo di vendita per i medici viene fissato in L. 60 per il volume in brochure, in L. 70 per il volume legato in tela ed oro fino.

Il modestissimo ricavato andrà a totale beneficio delle istituende borse di studio degli orfani dei Medici morti in guerra.

Per richieste rivolgersi alla Segreteria della celebrazione dei Medici Caduti in Guerra - Sanatorio Militare di Anzio (Roma).

Corso di perfezionamento in Clinica Dermosifilopatica e Venereologia.

Nel corrente anno scolastico 1924-25 avrà luogo presso la Clinica dermosifilopatica della Università di Roma nel Policlinico Umberto I, un corso di perfezionamento in dermatologia, sifilografia e venereologia, per i laureati in medicina e chirurgia. Esso avrà la durata di due mesi e avrà luogo in maggio e giugno prossimi. I medici che avranno regolarmente frequentato il corso e che avranno superato la prova di esame, riceveranno un diploma di perfezionamento in clinica dermosifilopatica e venereologia.

Domanda al Rettore non più tardi del 20 aprile 1925. Quietanza di L. 300,50 rilasciata dall'Economo. Si dovranno inoltre versare nella cassa universitaria L. 75 per sopratassa e per gli esercizi. Tassa di diploma L. 21,80.

Corso di perfezionamento in terapia e tecnica chirurgica con particolare riguardo alla chirurgia giornaliera e d'urgenza.

Questo corso si tiene nell'Istituto di medicina operatoria della R. Università di Palermo dal 16 marzo al 15 maggio, dal prof. Parlavecchio con la collaborazione dei proff. Cinquemani, Ciulla, Arnone e Pavone. Vengono illustrati argomenti, volta a volta scelti dagli iscritti, di chirurgia giornaliera, traumatologia, ginecologia, ed urologia, con dimostrazioni operatorie, di strumenti, di apparecchi e radiografiche. Il corso è integrato da esercitazioni. Per iscriversi rivolgere domanda al Rettore dell'Università allegando vaglia di L. 200 per tassa d'iscrizione. Agli iscritti sarà rilasciato un diploma di frequenza o di esame a loro scelta.

Corso di perfezionamento sulla tubercolosi.

In seguito alle osservazioni di molti medici attualmente impegnati nelle loro residenze per i malati di influenza, il corso annunciato presso l'Università di Genova che doveva iniziarsi il 9 marzo, si inizierà invece il 15 aprile prossimo e terminerà il 16 maggio.

In questo frattempo si continueranno a ricevere le domande di iscrizione. Rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto di studi scientifici e pratici sulla tubercolosi, via Balilla 5, Genova.

Corso sulle tubercolosi osteo-articolare e ganglionare.

Si terrà dal 6 all'11 aprile dal dott. E. Sorrel nell'Ospedale Marittimo di Berck. Per qualsiasi informazione scrivere al Dr. Delahaye, Hôpital Maritime, Berck Plage (P- de C), Francia.

Congressi di sessuologia e sifilografia.

La *Società Italiana per lo studio delle questioni sessuali* si adunerà a Torino negli ultimi giorni di maggio, subito dopo il Congresso della Società per il progresso delle scienze, il quale avrà luogo a Pavia.

Il programma comprende un discorso inaugurale del prof. S. Baglioni e le relazioni seguenti: prof. M. Carrara, « La regolamentazione della prostituzione studiata dal punto di vista antropologico »; dott.a C. Lollini, « I sessi e la doppia morale sessuale »; prof. C. Gini, « Sesso e statistica ».

Alla riunione prenderà parte ufficiale la *Lega Italiana contro il pericolo venereo.*

Contemporaneamente si terrà, pure a Torino, un *Convegno internazionale per l' esame dell' origine storica della sifilide;* relatori i proff. Sigerist di Zurigo, Barduzzi di Siena e Castiglioni di Trieste.

Negli stessi giorni si adunerà l'*Associazione professionale dei dermosifilografi italiani.*

Le adunanze saranno tenute nell'aula della R. Accademia medica di Torino, gentilmente concessa (via Po, 18).

Le adesioni vanno inviate al segretario dottor prof. A. Fontana, via Porta Palatina, 1, Torino.

Convegno medico nazionale a Milano.

Il Comitato della Fiera campionaria di Milano (12-27 aprile) ha stabilito di favorire quest'anno, nei limiti del possibile e in giorni prestabiliti (che saranno probabilmente il 14, 15, 16 aprile 1925) una adunata in Milano di medici provenienti da ogni parte d'Italia, pei quali si organizzerà un

programma pratico, che verrà notificato al più presto. Oltre la visita dettagliata alla Fiera, ed in particolare alla Sezione industrie sanitarie, i medici che converranno a Milano in detta occasione potranno visitare la nuova Università, le cliniche, gli istituti scientifici e ospedalieri, i musei ecc.; il tutto venendo illustrato nel modo più rapido e più diretto, ed anche con apposite conferenze sintetiche.

Il sindaco di Milano, sen. Mangiagalli, ha concesso il suo pieno appoggio a questa iniziativa.

Per le adesioni (che è bene siano mandate al più presto, specie per la nota difficoltà degli alloggi) e per eventuali schiarimenti, scrivere alla Commissione Convegno medico fiera, via S. Paolo, 10, Milano.

Problemi di previdenza sociale.

All'ordine del giorno della VII Sessione della Conferenza internazionale del lavoro, convocata per il 19 maggio p. v. a Ginevra dall'Ufficio internazionale del lavoro presso la Società delle Nazioni, sono iscritti, come è noto, argomenti di altissimo interesse, quali la questione del risarcimento degli infortuni del lavoro e delle malattie professionali, la cui discussione dovrebbe condurre all'approvazione di un progetto di Convenzione internazionale su tali materie, e l'esame di una relazione sui problemi generali delle assicurazioni sociali destinato a mettere la Conferenza in condizioni di esprimere il proprio parere sull'eventuale orientamento dei lavori dell'Organizzazione internazionale del lavoro in materia di assicurazioni sociali.

L'Ufficio internazionale del lavoro ha recentemente preparato le due prime relazioni sul risarcimento degli infortuni del lavoro e delle malattie professionali e sull'assicurazione malattia ed attualmente procede alla compilazione, tenendo conto dello stato attuale delle legislazioni delle varie Nazioni e delle osservazioni formulate dai rispettivi Governi, di uno schema di progetto di Convenzione internazionale sul risarcimento degli infortuni del lavoro e delle malattie professionali.

Prima di procedere alla redazione del testo definitivo dello schema di progetto della Convenzione e della relazione sui problemi generali dell'assicurazione sociale, il direttore generale dell'Ufficio internazionale del lavoro, sig. Alberto Thomas, ha creduto opportuno di riunire a Ginevra il giorno 17 marzo alcuni membri del Comitato di corrispondenza per le Assicurazioni sociali allo scopo di raccoglierne preventivamente il parere personale. A questa importante adunanza di esperti, che avrà la durata di tre o quattro giorni, il sig. Thomas ha invitato a partecipare il gr. uff. avv. Foscolo Bargoni, direttore generale della Cassa nazionale infortuni, il quale da tanti anni si dedica allo studio dei molteplici problemi del lavoro e della previdenza sociale, che trovano poi pratica realizzazione nel maggiore e più antico Istituto italiano di assicurazione contro gli infortuni degli operai sul lavoro.

Propaganda antimalarica.

La « Rockefeller Foundation » ha allestito una film di propaganda antimalarica, fondendo insieme le parti migliori di due precedenti films, una delle quali preparata dai dottori S. T. Darling, H. E. Klenschmidt e dal sig. E. Stuart; l'altra dal sig. G. E. Stone e dal prof. W. B. Herms. La cinematografia rende, con evidenza estrema, la diffusione e gravità della malaria, la biologia delle zanzare, i mezzi di lotta, i vantaggi individuali e sociali della lotta; verrà proiettata prossimamente in Italia, con leggende in italiano, a cura del dott. L. W. Hackett, delegato della « Rockefeller Foundation ». È in vendita al prezzo di dollari 100 se in materiale incombustibile, di dollari 72 se in materiale comune, oltre il porto; questi prezzi coprono appena le spese di esecuzione delle positive. Può ottenersi rivolgendosi all'« International Health Board of the Rockefeller Foundation », Broadway 61, New York City (Stati Uniti d'America), o al dott. Hackett, presso la Direzione Generale della Sanità Pubblica in Roma.

Convenzioni universitarie.

Il Bollettino della P. I., n. 47, reca le convenzioni stipulate tra governo ed enti locali per il mantenimento di alcune Università.

L'Università di Messina, con le facoltà e scuole di giurisprudenza, medicina, scienze e farmacia, vive col contributo delle provincie di Messina (lire 272,000) e di Reggio (L. 231,000), dei comuni di Messina (L. 187,000) e di Reggio (L. 64,000), con la rendita di una somma (L. 800,000) raccolta per pubblica sottoscrizione, ecc.

L'Università di Sassari ha un contributo della provincia (L. 540,000) e del comune (L. 120,000); il cav. Daniele Fiori di Torralba le ha donato un ricco patrimonio.

All'Università di Macerata, ristretta alla facoltà di giurisprudenza, concorrono la provincia (Lire 88,000) e il comune (L. 70,000).

Il Bollettino n. 49 riporta la convenzione per l'Università di Siena, che comprende le facoltà e scuole di giurisprudenza, medicina e farmacia; la provincia e il comune hanno assegnato L. 150,000 ciascuno, il Monte dei Paschi L. 283,000, varî enti piccole quote (il comune di Rapolano figura con L. 150), fino a raggiungere la somma annua di L. 645,150, che sommata ad 1 milione dato dal Governo, assicura il funzionamento di quell'Ateneo.

Discorsi inaugurali.

Sono stati tenuti i seguenti discorsi inaugurali per l'anno accademico 1924-25: a Ferrara dal prof. Lodovico Beccari su « La concezione fisiologica della vita »; a Messina dal prof. Carmelo Ciaccio su « La proprietà della materia vivente »; a Perugia dal prof. Cesare Agostini su « L'influenza dei fattori biologici sulla formazione del carattere »; a Siena dal prof. Nazzareno Tiberti su « L'Italia antesignana in medicina e biologia »; a Torino dal prof. Mario Carrara sull'« Influenza della biologia sulle leggi ».

Per un ricordo ad Angelo Mosso.

Si è costituito a Torino un Comitato, posto sotto l'alto patronato della Regina Margherita, per onorare degnamente la memoria di Angelo Mosso con un ricordo da erigersi in Chieri, sua città nativa. Il Comitato fa appello agli ammiratori dell'illustre fisiologo per la loro adesione e per l'invio delle loro oblazioni al presidente comm. prof. Edoardo Audenino, piazza Statuto, 16 - Torino.

Per il prof. Romiti.

La città di Livorno ha festeggiato, con una commovente cerimonia, il 50° anno d'insegnamento del prof. Guglielmo Romiti.

In onore dell'illustre anatomico è stato istituito un posto universitario di studio, a lui intitolato.

Limiti d'età.

Nel 1925 raggiungono i limiti di età alcuni tra i più illustri insegnanti delle nostre Università (nati nel 1850): i proff. Achille Breda di Clinica dermosifilopatica a Padova, Luigi Mangiagalli di Clinica ostetrica e ginecologica a Milano, Guglielmo Romiti di Anatomia umana a Pisa e Giuseppe Sperino di Anatomia umana a Modena.

All'Istituto Ortopedico Ravaschieri.

In questo anno ricorre il 25° anniversario della Fondazione della benefica Istituzione, dovuta alla illuminata filantropia della duchessa Ravaschieri che donò, a questa ed altre opere da Lei fondate in Napoli, tutte le sue sostanze, ed al prof. Attilio Curcio, che dirige ancora oggi l'Opera, e che ha dedicato ad essa tutta la sua operosità e l'ha completata con la fondazione della dipendenza Ospizio Marino Permanente in Bagnoli.

Il Comitato di Patronato della Pia Opera ha stabilito di celebrare nel prossimo maggio tale ricorrenza e già sono numerose le adesioni pervenute per tale doveroso tributo alla memoria della duchessa Ravaschieri ed alle benemerenze del prof. Curcio.

Hanno aderito i presidenti della Camera e del Senato e altre autorità, politiche e scientifiche.

Il direttore dell'Istituto ha inviato alla Presidente del Comitato di Patronato, duchessa Giusso Del Galdo, una nobilissima lettera.

Donazioni e lasciti.

L'ing. Lorenzo Ricci ha legato la sua notevole sostanza — circa ottocentomila lire — per la costruzione di un Ospedale a Premilcore, pel quale quella Congregazione di Carità ha ottenuto anche un mutuo di quattrocentomila lire.

All'Istituto Nazionale di Igiene e Previdenza Sociale.

Il 1° marzo S. M. la Regina, ricevuta da S. E. il Ministro dell'Interno on. Federzoni, da S. E. Larussa S. S. all'Economia, da S. E. il sen. Indri, dal Prefetto di Roma, ecc., ha visitato in Palazzo Sciarra l'Istituto nazionale d'igiene, previdenza ed assistenza, fondato dal prof. Ettore Levi, membro del Consiglio superiore di sanità.

In rappresentanza dell'Ufficio di presidenza, ricevettero Sua Maestà, il senatore Marchiafava, il gr. uff. Marolla, e il gr. uff. Giordani del Ministero dell'Economia nazionale, il gr. uff. Massone, il colonnello Baduel, Dir. gen. della Croce Rossa, membri del Consiglio dell'Istituto.

Sua Maestà, i Ministri e le Autorità furono guidate dal Direttore alla visita dell'Istituto.

Tra i numerosi presenti, erano il gr. uff. Messea, Dir. gen. di sanità, il generale della Valle, il comm. Aschieri, Dir. gen. della Statistica al Ministero dell'Economia nazionale, i proff. Ascoli, Dionisi, Ottolenghi, Loriga, molte signore, le allieve del Corso Assistenti sanitarie di fabbrica, istituito dalla Cassa nazionale per le assicurazioni sociali.

Alle Colonie della Croce Rossa di Fara Sabina.

La Regina Elena, accompagnata dal Duca e dalla Duchessa Cito, ha visitato la Colonia « E. Maraini » per fanciulli e la Colonia « Iolanda di Savoia » per fanciulle, che la Croce Rossa Italiana ha istituito e gestisce in Fara Sabina. Vi sono accolti, curati, istruiti, dai 4 ai 12 anni, i predisposti alla tubercolosi. L'Augusta Signora si è interessata di ogni particolare del funzionamento delle due Colonie e alla illustrazione che di esse fece il direttore dott. Del Duca. Visitò pure i laboratori. La Regina fece distribuire a ciascuno dei 130 fanciulli grandi ed eleganti scatole di dolci, che aveva pensato di portar seco da Roma, e degnò consegnare alle due maestre sorelle Ricci, che nell'opera di educazione e di assistenza maggiormente si distinsero nei 5 anni di funzionamento della Colonia, la medaglia d'argento al merito della Croce Rossa Italiana.

Soccorsi della C. R. I. agli intellettuali russi.

La Croce Rossa Italiana nell'aprile del 1923 ebbe dal Governo il mandato di assistere e nutrire le popolazioni affamate del basso Volga in Russia. Per assolvere questa missione il Ministero degli Esteri mise a disposizione della Croce Rossa la somma di 6 milioni di lire. L'Associazione rispose all'alto compito che le era stato affidato inviando nella zona di Tzaritzine nel basso Volga una missione di soccorso con personale esperto, una sicura organizzazione e un notevole materiale di soccorso. Dopo aver espletato il suo mandato, la Croce Rossa si trovò in possesso di una somma residuale che, con il consenso del Governo Italiano, destinò al soccorso dei bambini e degli intellettuali russi che versassero in condizioni disagiate. In seguito a ciò il Presidente della C. R. I. sen. Giovanni Ciraolo mise a disposizione della Commissione di Cooperazione Intellettuale della Società delle Nazioni la somma di lire centomila italiane perchè fossero soccorse le classi intellettuali russe, senza pregiudiziali politiche, e tenendo conto della necessità dei più alti studiosi.

Il prof. H. Bergson, presidente della Commissione, ringraziando il Presidente della C. R. I. dell'atto munifico, dichiarava « che la Croce Rossa Italiana era la prima a rispondere all'appello della Commissione di Cooperazione Intellettuale e che si aveva la speranza che il nobile esempio suscitasse delle imitazioni ». Il prof. Bergson delegò, in seguito a quest'offerta, la Commissione di coordinazione universitaria e per essa il prof. Einstein, presidente, alla distribuzione del fondo.

Ai laureati del 1885 a Bologna.

Fra alcuni colleghi si sarebbe pensato di festeggiare il 40° anno di Laurea. Il convegno potrà essere fissato in aprile o in maggio. I colleghi che aderiscono sono perciò pregati di mandare il loro preciso indirizzo al dott. Antonio Dal Proto - Faenza, accompagnato da vaglia di L. 5 per le spese di stampa e di posta, esprimendo in merito le loro idee.

Come abbiamo annunziato, si è spento, in età di 76 anni, il prof. Jean-Léo TESTUT.

Successivamente interno degli Ospedali, preparatore di fisiologia, capo dei lavori di anatomia e *agrégé* di anatomia a Bordeaux, poi professore di anatomia a Lilla, infine chiamato, in questa qualità, a Lione. Testut fu profondamente devoto all'insegnamento.

La sua tesi dottorale, sulla solidarietà delle regioni omologhe e degli organi pari, premiata dalla Facoltà medica di Parigi, la sua tesi d'aggregazione sui vasi e nervi dei tessuti derivati dal foglietto mesenchimatoso, il suo volume sulle anomalie muscolari nell'uomo, premiato contemporaneamente dalla Facoltà medica di Parigi, dalla Società di Antropologia e dall'Istituto, la sua « Anatomia applicata alla medicina operatoria », il suo « Trattato di anatomia umana » ornato di 2700 figure, tradotto in italiano e che in Francia ha avuto la gloria di sette edizioni, il suo « Trattato di anatomia topografica applicata », redatto in collaborazione con Jacob e giunto alla 4ª edizione, e altre pubblicazioni di lena, fanno fede di un lavoro enorme, ininterrotto, entusiasta.

Ricordiamo ancora le sue ricerche d'antropologia e alcuni lavori di storia della medicina.

Egli assunse la direzione della « Biblioteca dello studente », divenuta poi « Collezione Testut », che annovera oggi 34 volumi e che divenne una delle sue occupazioni più accette.

Molto impegno pose anche nel costituire il Museo anatomico della Facoltà medica di Lione.

Testut si è prodigato con perseveranza e con metodo, guidato da un giudizio limpido. Aveva il dono dell'ordine, della precisione e della chiarezza: queste qualità conferivano un'incomparabile attrattiva alle sue lezioni e si ritrovano in tutte le sue opere. Gli si è rimproverato di lasciarsi sedurre più dalla efficacia delle descrizioni e dall'evidenza delle figurazioni, anzichè dalle minuzie della realtà; si è potuto dire che i suoi disegni sono più belli della natura; ma il suo insegnamento guadagnava in valore dimostrativo quel poco che, forse, perdeva di verità.

Il Museo di anatomia, suggeritogli dalla penuria crescente di cadaveri, ha reso grandi servigi agli studenti.

Testut si era guadagnata una medaglia al valore nella guerra del 1870, cui partecipò come volontario. Quasi mezzo secolo dopo, si consacrava con abnegazione al sollievo dei feriti di guerra e poteva assistere al capovolgimento delle sorti militari.

La morte lo ha colto brutalmente, ma gli ha risparmiato le sofferenze della malattia.

A. M.

Si è spento a Tarquaritinga (San Paolo del Brasile) il dott. Francesco OLIVA, nato a Scalea (Calabria), laureato a Napoli, specializzatosi in ostetricia e ginecologia.

Ha trascorso nel Brasile buona parte della sua laboriosa esistenza, principalmente a S. Paolo, ove per diversi anni diresse l'Ospedale italiano Umberto I e la Clinica ginecologica.

Tornato nella patria nativa per la guerra, fu romanamente medico e soldato, poi si recò di nuovo nella patria d'elezione, a continuare la lotta contro le sofferenze e la morte. Era alla vigilia di restituirsi definitivamente all'Italia.

Apparteneva a quella schiera di forti, che con l'opera, l'intelligenza, la sincera nobiltà dell'animo, onorano tutta una collettività, la quale superbamente riconosce in loro i figli più degni.

S. Paolo (Brasile). F.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Paris Méd., 18 ott. — Numero sulle malattie mentali.

Soc. Méd. d. Hôp., 16 ott. — P. VALLERY-RADOT e a. — Sensibilizzazione da pane.

Brain, 3. — N. D. ROLLE. Il tratt. della paralisi spastica. — McDONALD CRITCHLEY e E. O' FLYNN. Il contenuto del liq. c.-r. in calcio.

Revue de la Tuberc., ott. — EDM. SERGENT, H. DURAND e P. COTTENOT. Le grandi adenopatie ilàri. A. PRATSICAS. Rapporti tra tbc. miliare e porpora emorragica.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 19 ott. — C. FARMACHIDIS. Riflesso addomino-cardiaco di Livierato nella diagn. differ. fra asma bronch. e asma card.

Deut. Mediz. Wochens., 24 ott. — W. RINDFLEISCH. Sull'angina pectoris. — F. KOPISCHKE. Il « ginergen », in specie nell'aborto.

Giorn. d. Med. Prat., ott. — E. PALLESTRINI. Dissensibilizzaz. a scopo terapeut. nelle corizze spasmodiche periodiche.

Rif. Med., 20 ott. — L. D'AMATO e M. DURANTE. Crisi emoclasica da tubercolina nei tubercolotici.

Wien. Klin. Wochens., 23 ott. — J. KYRLE. La terapia malarica della sifilide. — O. SACHS. Nuovo tratt. dell'impetigo contagiosa.

Münch. Mediz. Wochens., 24 ott. — E. ANDERSEN. L'attivamento dei raggi X mediante cloruro sodico nella cura del carcinoma. — G. RAESCHKE. Diagnosi precoce e differenziale della spondilite tbc. — R. KORBSCH. Dati gastroscopici.

Paris Méd., 25 ott. — P. LEREBOULLET e JOANNON. Immunizzaz. spontanea contro la difterite negli ambienti ospedalieri.

Arch. f. Sch. a. Tr.-Hyg., ott. — E. MARTINI. Gli indici malarici. — D. NOCHT e A. KESSLER. Il problema della febbre emoglobinurica.

Boston Méd. a. Surg. Journ., 16 ott. — W. R. MACAUSLAND. Artroplastica nelle anchilosi. — F. S. HOPKINS. Mercurocromo per via endovenosa.

Mediz. Klinik, 26 ott. — H. PRIBRAM. Le autotossicosi. — S. R. BRÜNAUER e J. HASS. Le affezioni sifilitiche delle articolazioni.

Folia Med., 15-30 ott. — S. LAFRANCA. Variazioni fisiolog. e patolog. della press. arter. — G. AVEZZU. Anemie perniciose gravidico-puerperali.

Giorn. di Clin. Med., 30 ott. — B. COGLIEVINA. Idiosincrasia nucleinica. — F. RONCHESE. Parotite da sali di terre rare. — A. NANNEI. Favismo?

Soc. d. Hôp., 30 ott. — M. LABBÉ, F. NEPVEU e P. FORSAUS. L'insulinoterapia mediante suppositori.

Journ. d. Praticiens, 25 ott. — C. ACHARD. Artropatie nervose. — 1. nov. LEGUEU. I risultati remoti degli interv. chir. per litiasi ren.

Ann. Inst. Pasteur, ott. — J. MAGRON. Il cancro delle piante. — C. GERNEZ. Cuti-immunizzazione. — A. C. MARIE. Sulla colesterinemia.

Giorn. It. d. Mal. Veneree e d. Pelle, ott. — R. BERTANZI. Squilibrio endocrino e psoriasi. — C. GARGANO. Le alteraz. sifilitiche del cordone ombelic. — G. LANZI. Trattam. dell'ipertricosi muliebre con la diatermo-coagulaz.

Medic. Ibera, 25 ott. — M. ACENA. Il cloruro di calcio nelle idropisie.

New York St. Med. Journ., ott. — F. FLOYD. Le malattie renali alla luce degli studi recenti. — D. A. CALHOUN. Incarcerazione della cervice nel parto.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., ott. — E. NOVAK e K. H. MARTZLOFF. Iperplasia dell'endometrio. — M. S. GREGORY. Malattie mentali e gravidanza. — R. A. REISS. Sul riscontro rettale. — W. W. HERRICK. Il compito dell'internista in una maternità.

Morgagni, 26 ott. — C. CONTI. Tuberc. tratt. col vaccino Martinotti.

Rassegna Studi Sessuali, sett.-ott. — A. LIPSCHÜTZ. Ermafroditismo speriment. — V. MONTESANO. La diminuz. della sifilide.

Arch. p. le Sc. Med., 18 ott. — M. CHIÒ. Azione generale dei farmaci. — A AZZI. Fagocitosi del bacillo del tubercolo.

Journ. d. Prat., 29 ott. — RAMOND. L'ombra respirat. alla base destra del torace nella litiasi bil. — A. CANTONNET. La cataratta di Morgagni.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII — Roma, 23 Marzo 1925 — Fasc. 12

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

2ª SOLLECITAZIONE. Preghiamo di nuovo **i ritardatari** a non frapporre ulteriore indugio nel rimetterci l'importo del loro abbonamento pel 1925. **E' questo un dovere che gli abbonati,** legati al « Policlinico » da affetto e da simpatia, **debbono assolvere spontaneamente, senza costringerci a sollecitazioni individuali,** le quali, oltre a riuscire vessatorie per chi le riceve, sono, per la nostra Amministrazione, oltre che poco simpatiche, molto onerose.

I persistenti alti prezzi delle tariffe tipografiche, l'inasprimento verificatosi nel costo della carta ed il nuovo sensibile aumento che da oggi la Posta applica sulla Tariffa di spedizione dei fascicoli, ci obbligano alla più rigorosa economia nella tiratura delle copie del « Policlinico ».

Dovremo pertanto limitare l'invio soltanto a coloro che si troveranno in regola con la nostra Amministrazione.

Si fa inoltre presente che il termine utile per fruire della Monografia del prof. O. CIGNOZZI: *« I moderni concetti nella cura delle lesioni settiche » è stato prorogato a tutto il* 31 *corrente mese. All'importo d'abbonamento si devono aggiungere* L. 3 *se in Italia o* L. 5 *se all'Estero, per le prescritte spese di spedizione raccomandata.*

L'EDITORE.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE GALLIERA, GENOVA.

Simpatectomia periarteriosa e simpatectomia peritronculare nervosa.

Prof. SILVIO ROLANDO, chirurgo primario.

Come è noto, l'operazione di Lériche, dopo una iniziale e fugace ischemia nel territorio irrorato dall'arteria su cui si interviene, determina una iperemia, che persiste per molti giorni. Lériche spiegava dapprincipio l'effetto raggiunto, ammettendo che la sezione operativa della guaina avventiziale arteriosa assicurasse la distruzione di tutte le fibre vasomotorie che mantengono il tono vaso-capillare. Tali fibre decorrerebbero nella guaina avventizia, formando un plesso continuo dal cuore alla periferia.

La concezione primitiva di Lériche è stata battuta in breccia da vari sperimentatori, ed oggi, come osserva Uffreduzzi nella sua bella relazione sulla Chirurgia del simpatico perivasale, « è assai difficile stabilire un filo logico tra fatti spesso disparati e contraddittori ».

Numerose ricerche anatomiche e fisiologiche tendono a dimostrare che fibre vasomotrici decorrono nei N. misti spinali, raggiungono segmentariamente le arterie ad altezze diverse, e terminano nell'avventizia vasale.

Di speciale interesse, in vista dei risultati da me ottenuti, sono le esperienze di Wiedkopf, ed un'osservazione riferita da Läwen (vedi Memoria di Uffreduzzi).

Avendo esclusi, coll'anestesia novocainica, i tre N. che vanno alla mano cioè Rad., Med. e Cub., Wiedkopf rilevò una iperemia della mano, confermata dall'aumento della curva pletismografica. Tale iperemia non si modifica sottoponendo a stimoli dolorosi o calorifici parti della mano lontane da quella ove si pratica l'osservazione pletismografica. Questi risultati dimostrerebbero che tutte le fibre simpatiche efferenti decorrono nei nervi e non lungo i vasi, poichè altrimenti di fronte agli stimoli accennati, si dovrebbero notare le solite fugaci reazioni vasocostrittrici.

In un'altra esperienza Wiedkopf eseguì la simpatectomia periarteriosa nel cane, e non osservò alcuna modificazione nel volume della zampa, la quale però continuava ad essere influenzata da stimoli dolorifici lontani. Col congelamento del N. sciatico ottenne invece l'aumento di volume della zampa, e l'arresto della reazione agli stimoli lontani.

W. ne dedusse che nel cane le fibre simpatiche efferenti decorrono, come nell'uomo, solo nei nervi misti spinali.

Läwen in un caso di angiospasmo doloroso dell'arto inferiore praticò, con successo, l'isolamento dello sciatico, l'anestesia cocainica ed il congelamento del N., ed ottenne la cessazione dei dolori.

Wiedkopf e Läwen non mettono in dubbio i risultati clinici dell'operazione di Lériche, ma opinano che i successi ottenuti e la vasodilatazione osservata non siano da ascriversi alla recisione del simpatico periarterioso come vorrebbe Lériche. Si tratterebbe invece di un'azione riflessa vasodilatatrice, con punto di partenza dal campo operativo, che ritornerebbe dai centri per la via dei N. misti, arrivando ai vasi segmentariamente ad altezze diverse.

Friedrich (*Klin. Woch.*, T. III), ha studiato sperimentalmente l'esistenza di stazioni sensitive arteriose indipendenti dai N. periferici ed ha concluso in senso affermativo. Ma nuove esperienze di Dennig (*Klin. Woch.*, 1925), porterebbero elementi contrari a tale teoria.

Se le vedute di Wiedkopf, che si accordano pure con quelle di Langley, di Schlif, di Atzler e Lehman, ecc., fossero esatte, sarebbe logico di agire anzichè sul simpatico periarterioso su quello peritronculare nervoso, per ricercare, nei casi clinici opportuni, quei vantaggi che finora furono chiesti solo all'operazione sulle arterie. E tale indicazione acquisterebbe ancora maggior valore, ove l'operazione di Lériche non si dimostrasse scevra di pericoli per l'infermo.

Sebbene gli operatori pubblichino, con qualche naturale ritrosia, gli esiti sfavorevoli, pure nella letteratura non mancano osservazioni di accidenti postoperativi gravi, imputabili esclusivamente alla natura dell'intervento.

Uffreduzzi ha raccolto casi illustrati da Kreuter, Kaes, Serafini, Brüning, Maton, Milka, Chaten, Gayet e Chavannaz nei quali la simpatectomia periarteriosa determinò trombosi del vaso e perfino l'ulcerazione di questo, seguita da emorragia mortale.

È chiaro che questi esiti possono essere favoriti in modo speciale da qualsiasi, anche lieve, complicanza suppurativa della ferita operativa, poichè l'arteria isolata dalla guaina comune e dall'avventizia e per lunghi tratti, offre minore resistenza al processo suppurativo, e più facilmente in qualche punto può necrosarsi. E forse un processo suppurativo, nonostante ogni cautela, può sopravvenire meno raramente in soggetti con turbe trofiche periferiche gravi.

Certo non è da credersi che la decorticazione dell'arteria sia in tutti i casi innocua, specialmente quando la parete vasale sia sede di lesioni a tipo sclerosante; e se ne seguisse la formazione di un trombo, lo scopo dell'intervento verrebbe ad essere completamente frustrato.

Partendo da questo concetto il prof. Negro nel 1917 propose d'intervenire sul simpatico perinervoso distruggendo la rete simpatica peritronculare coll'elettrolisi. Dopo essersi persuaso con esperienze sullo sciatico della rana, che tale distruzione non arrecava alcuna offesa alle funzioni del nervo, applicò il suo metodo all'uomo.

Nel 1919 Bobbio (*Sul trattamento chirurgico delle causalgie*, R. Accademia Torino, 1919) trattò col metodo Negro otto casi tipici di causalgie, con buoni risultati immediati. Da allora il metodo Negro non ebbe, che io sappia, altre applicazioni. Riferisco in questa mia nota 2 casi di ulcera perforante plantare trattati coll'operazione di Lériche, e 2 coll'operazione del Negro, ed una con tutti due i metodi.

L'operazione del Negro, ossia la decorticazione elettrolitica dello sciatico, venne da me eseguita colla seguente tecnica:

Incisione sulla faccia posteriore della coscia dalla piega distale della natica all'angolo prossimale del poplite; scopertura ed isolamento dello sciatico per tutta la lunghezza dell'incisione; asportazione del perinervio colle pinze anatomiche; elettrolisi del nervo con un'ansa di platino che trascorre sul tronco nervoso per 3-4 minuti primi, con una corrente non superiore a 3,5 milliampères.

A) *Simpatectomia periarteriosa.*

CASO I. — F. G. B., anni 48.

Anamnesi famigliare e personale mute. Alcoolista. Egli presenta un'ulcera con sede plantare in

corrispondenza dell'articolazione metat. fal. dell'alluce comparsa nel 1918, grande come una moneta da due lire, a fondo necrotico, a bordi rilevati, callosi. Essa è sede da qualche mese di dolori trafittivi. W. negativa.

Diagnosi neurologica: ulcera perforante plantare sinistra.

Atto operativo (maggio 1924): simpatectomia periarteriosa della femorale.

Dopo l'atto operativo si notarono:

1) aumento della pressione arteriosa dal lato operato, restando invariata la pressione dall'altro lato e degli arti superiori, che persistette circa 11 giorni e venne lentamente decadendo fino allo *statu quo ante;*

2) iperemia dell'arto;

3) aumento della secrezione dell'ulcera, la quale rapidamente si coperse di buone granulazioni e guarì completamente in 2 settimane. È da notarsi che la guarigione fu accompagnata da eliminazione del margine calloso esuberante.

Recidiva in 50ª giornata.

CASO II. — P. Giacomo, 58 anni, muratore.

Nulla nei famigliari e nell'amnesi personale remota.

Nega lue. Alcoolista.

Nel 1922 fu operato di disarticolazione dell'alluce piede destro per ulcera plantare in corrispondenza dell'articolazione falango-falangea. Un anno dopo l'ulcera si ripetè al lato sinistro con dolori spontanei a tipo trafittivo che lo *costrinsero a letto per dodici mesi,* dopo dei quali entrò in questo reparto, cioè il 26 aprile 1924.

Ulcera torpida, fondo necrotico, crateriforme, circondata da ampio alone calloso; dolenzia spontanea, saltuariamente trafittiva, esacerbantesi colla pressione.

L'esame neurologico conclude: ulcera perforante plantare del piede sinistro. L'infermo è operato il 19 maggio 1924 di simpatectomia periarteriosa femorale sin. Dopo l'atto operativo si nota:

1) aumento della pressione arteriosa dell'arto operato, restando invariata la pressione arteriosa dell'altro arto e delle braccia. La pressione si mantiene elevata per 15 giorni dopo dei quali tende ad avvicinarsi alla norma anteoperativa;

2) iperemia dell'arto operato;

3) modificazione dell'ulcera, cessazione della dolorabilità, aumento della secrezione, rigoglio del fondo, eliminazione della callosità periulcerosa.

L'ulcera è guarita in 16ª giornata. Il malato esce il 19 maggio 1924. Rivisto due mesi dopo, *la guarigione persiste.*

B) *Decorticazione elettrolitica dello sciatico.*

CASO I. — B. Giovanni anni 65, tipografo.

Nulla nei famigliari, nè nell'anamnesi personale remota.

Individuo robusto; nega lue; alcoolista; cospicuo grado di arteriosclerosi.

Nel 1912 comparve l'ulcera attuale alla regione plantare del piede sinistro, in corrispondenza dell'articolazione metatarso-falangea dell'alluce; venne sottoposta a cure infinite, senza frutto.

L'ulcera è della grandezza di una moneta da una lira, a margini callosi a picco, e d'aspetto imbutiforme, a fondo necrotico. L'osso è denudato.

Esame neurologico: ulcera perforante piede sinistro.

L'infermo è operato il 1º luglio 1924 di decorticazione elettrolitica dello sciatico sinistro.

Dopo l'atto operativo si nota:

1) aumento di pressione arteriosa dell'arto ammalato, invariata restando la pressione arteriosa all'altro lato ed alle braccia; aumento che persiste fino in 18ª giornata e poscia lentamente tende ad abbassarsi;

2) iperemia, iperidrosi intensa dell'arto;

3) modificazione dell'ulcera che si fa granulante, ipersecernente con eliminazione del cercine calloso; guarigione completa in 22ª giornata. L'ammalato esce guarito dopo 25 giorni dall'atto operativo.

Dopo due mesi *recidiva.*

CASO II. — C. Ferdinando, 53 anni, commesso.

Anamnesi famigliare muta. Tifo addominale nel 1919. Nega lue; alcoolista; somatico robusto.

Nel 1914 comparve l'attuale ulcera alla regione plantare del piede sinistro in corrispondenza della testa del 2º metatarso, indolora, che resistette a tutte le cure. Ultimamente si manifestarono fatti flemmonosi, rapidamente vinti con opportuno trattamento.

Diagnosi neurologica: ulcera perforante plantare della grandezza di una moneta da due lire, a margini callosi, d'aspetto imbutiforme, a secrezione abbondante e fetida.

L'infermo è operato di decorticazione elettrolitica dello sciatico sinistro il 1º agosto 1924. Guarigione che persiste tuttora.

Dopo l'atto operativo si notarono le stesse modificazioni periferiche descritte nel caso precedente.

C) *Simpatectomia periarteriosa e Decorticazione elettrolitica dello sciatico.*

CASO I. — F. Bartolomeo, 48 anni, metallurgico.

Nulla nei famigliari. Individuo gracile; capacità psichiche scarse. Alcoolista. Nessuna malattia precedente.

Nel 1916 comparve un'ulcera alla regione plantare destra in corrispondenza dell'articolazione falangeo-metatarsale dell'alluce, per cui fu riformato dal servizio militare. Persistendo questa ulcera, nel 1922 fu operato di disarticolazione dell'alluce e del primo metatarso. Tre mesi dopo l'atto operativo, comparve l'attuale ulcera plantare sullo stesso piede in corrispondenza della seconda articolazione metatarso-falangea, con dolori a tipo trafittivo e irradiantesi in alto lungo l'arto fino alla radice della coscia. Tali dolori erano alternati con periodi di calma.

Entra in ospedale il 5 marzo 1924.

W. negativa. Esame urine negativo. L'esame neurologico generale porta alla conclusione diagnostica: di ulcera perforante di natura neurogena midollare.

Fu operato il 2 aprile 1924 di simpatectomia della femorale. Dopo l'atto operativo si notò:

1) aumento della pressione arteriosa dell'arto operato, invariata restando la pressione arteriosa dell'altro arto e delle braccia; aumento che persistette 15 giorni dopo dei quali la pressione si abbassò lentamente sino allo *statu quo ante;*

2) iperemia e sudorazione cospicua dell'arto;

3) modificazione dell'ulcera che da torpida ed atonica si fece rigogliosa, ipervascolarizzata e guarì in 20ª giornata; cessazione dei dolori all'ulcera ed all'arto.

L'infermo cominciò ad alzarsi. In 30ª giornata *recidiva* coi caratteri primitivi.

Il 1° luglio 1924 fu operato di decorticazione elettrolitica del nervo sciatico destro.

Dopo l'atto operativo si notarono gli stessi fatti osservati dopo l'operazione di Leriche: aumento della pressione arteriosa; modificazione e cicatrizzazione rapida dell'ulcera. Questa arriva ad epitelizzarsi completamente.

Dopo un mese nuova recidiva. L'infermo reclama un intervento demolitore che viene eseguito il 10 settembre 1924. Guarigione.

CONCLUSIONI.

Ulcera perforante plantare: (5 casi).

Simpatect. periart. (2 casi): 1 guarig.; 1 recidiva.

Decortic. elettrol. dello sciatico (2 casi): 1 guarigione; 1 recidiva.

Simpatect. periart. + decorticaz. Nervo (1 caso): recidiva.

Ho praticato due simpatectomie periarteriose della femorale per ulcera perforante plantare con una recidiva ed una guarigione che persiste da cinque mesi; ho praticato due operazioni del Negro per ulcera perforante plantare con una recidiva ed una guarigione che persiste da due mesi.

Sullo stesso individuo, affetto da ulcera perforante plantare, ho praticato prima l'operazione del Leriche con esiti in guarigione e recidiva immediata; poscia l'operazione del Negro ottenendo pure una rapida guarigione seguita da nuova recidiva.

A me sembra che l'operazione di Leriche e quella di Negro si equivalgano, vuoi nelle modificazioni prodotte sugli arti operati, come nei benefici effetti raggiunti.

Ove ha fallito la simpatectomia periarteriosa, ha fallito pure la simpatectomia peritronculare nervosa.

Se nuove esperienze, eseguite su di un grande numero di casi, confermeranno quanto io ho diligentemente osservato ed esattamente riferito, non v'ha dubbio che l'operazione di Leriche verrà da tutti i chirurghi italiani abbandonata, e sostituita da quella di Negro.

NOTE E CONTRIBUTI.

VI PADIGLIONE DEL POLICLINICO UMBERTO I IN ROMA
diretto dal prof. G. PANEGROSSI.

Contributo anatomo-patologico all'amebiasi intestinale ed epatica, curata con l'emetina

per il dott. ANGELO RICCI.

Quello che Giov. Battista Vico con felice intuizione storica diceva dei corsi e ricorsi delle Nazioni, potrebbe ripetersi a proposito di molti capitoli di scienza. Spesso si ritorna all'antico per quanto più o meno modernizzato.

Tale è il caso del rinnovato uso dell'ipeca e del suo derivato più importante: l'emetina. Già i medici del XVI e XVII secolo preconizzavano la radice del Brasile quale rimedio infallibile della dissenteria: Baglivi diceva « Radix ipecacuanae est specificum et quasi infallibile remedium in fluxibus dissenteriis, aliisque haemorragiis ».

Sembra, che all'inizio del secolo scorso gli stessi Pelletier e Magendie, i quali scoprirono ed isolarono l'emetina dalla radice dell'ipeca ne consigliassero l'uso nella dissenteria.

Valder, Deeks e Shaw constatarono sperimentalmente le proprietà amebicida dell'emetina. Più tardi per merito specialmente di Leonard Rogers di Calcutta si riprese a sostenere la cura della amebiasi coll'ipeca prima e poi con il derivato di questa il cloridrato di emetina.

Il Rogers inoltre distinse la complicanza epatica dell'amebiasi in due stadi l'uno presuppurativo (presuppurative stage of amoebic hepatitis), l'altro suppurativo. Solo allo stadio presuppurativo applicò con ottimi risultati la cura emetinica. Successero numerosi lavori, specie per opera della scuola francese.

Durante la guerra, data la maggiore frequenza dell'amebiasi epatica, parecchi autori ebbero occasione di rilevare i vantaggi della terapia emetinica; ricorderò fra questi Martinez, Lian, Monté, Piessinger, Boidin, Chauffard, Mattei, Morestin, Gaglio, ecc., tutti d'accordo nell'affermare che l'emetina in pochi giorni ha ragione delle complicanze epatiche amebiasiche, purchè queste siano allo stadio presuppurativo. Una volta costituito l'ascesso insieme all'impiego dell'emetina occorre intervenire chirurgicamente.

Di fronte a questo modo di vedere è merito della scuola romana l'aver sostenuto con esatte osservazioni cliniche che il semplice cloridrato di emetina non solo può combattere l'amebiasi intestinale e prevenirne le complicazioni, ma può determinare la sterilizzazione e il riassorbimento

dell'ascesso epatico amebiasico già bene sviluppato.

(Con Ravaut ho chiamata amebiasi quella che una volta andava sotto il nome di dissenteria amebica sia perchè, dopo i recenti studi sulla amebiasi polmonare, epatica, renale, vescicale il concetto di infezione amebica non coincide più con quello di dissenteria, sia perchè allargandosi il campo patologico della ameba hystolitica fino ad aversi bronchiti amebiche non è più il caso di parlare di infezione localizzata, ma sebbene di infezione generalizzata tanto che recentemente si tende ad ammettere una amebemia iniziale precedente la localizzazione viscerale delle amebe.

M. Petzetakis conclude: « la disentérie amébienne n'est pas tout simplément une maladie locale de l'intestin: c'est une infection generalisée: elle est précedée d'une phase prodromique d'amibhémie, d'un passage des amibes dans la circulation générale et de là au niveau des différentes organes: foie, poumont, reins, vessie »)

Tanto numerosi sono oramai i casi descritti di ascessi epatici amebiasici, curati con l'emetina che non varrebbe assolutamente la pena di descrivere il caso da me osservato al Policlinico di Roma se il paziente alla fine di un primo periodo di cura emetinica non fosse venuto a morte per polmonite lobare sopravvenuta. Per questa ultima ragione il caso che fra poco descriverò è di un particolare interesse in quanto gli effetti della cura emetinica si sono potuti riscontrare al tavolo anatomico.

C. G., di 35 anni, muratore, nato a Civitella Casanova (Aquila) e domiciliato a Villa S. Lucia, da dove si è allontanato solo nel periodo del servizio militare, trascorso d'altra parte interamente in territorio italiano, senza avere contatti con prigionieri Austriaci, entra il 12 novembre 1920 al Policlinico, perchè tormentato da circa cinque mesi da frequenti scariche mucosanguinolenti (8-9 al giorno), accompagnate da dolori colici e febbre. Spesso avverte anche dolore all'ipocondrio di destra con diffusione alla spalla corrispondente. La febbre presente tutti i giorni è a tipo intermittente, raggiunge la sera i 38°-38°,5 per poi discendere durante la notte fino a temperatura normale in mezzo a profusi sudori. L'infermo ha notato notevole deperimento, e nessun beneficio ha ricavato dalla dieta lattea.

Da circa 20 giorni presenta inoltre tosse ed espettorato mucoso abbondante. Non ha avuto malattie degne di nota in passato. Nega lues e malattie veneree; modico bevitore, non fumatore.

Ammogliato da circa 2 anni con donna sana, dalla quale ha avuto due figli, mai aborti.

Nulla dal lato famigliare.

All'esame obiettivo presenta costituzione scheletrica regolare, notevole deperimento generale, pallore della cute, cianosi delle labbra e dei pomelli, scarso pannicolo adiposo, muscolatura flaccida, edemi degli arti, piccoli gangli nelle varie stazioni, lingua pulita, faringe alquanto arrossata, pupille uguali ben reagenti alla luce.

Apparato respiratorio: l'emitorace di destra è più svasato e si muove meno di quello di sinistra, la compressione delle ultime costole da questo lato provoca lieve dolore; la percussione a destra mette in rilievo una ottusità il cui margine superiore irregolare è a livello di una linea passante per l'angolo inferiore della scapola, mentre in basso si confonde con l'ottusità epatica. In detta zona non si ascolta il murmure vescicolare.

Cuore nulla di particolare.

Addome globoso, cicatrice ombelicale spianata, non reticolo venoso; la compressione dell'epigastrio e delle zone coliche nonchè dell'ipocondrio di destra risveglia dolore; la percussione a destra mette in rilievo piccole quantità di liquido libero nelle parti più declivi, meteorismo nel resto dell'addome.

Fegato in alto alla 4ª costola sull'emiclaveare, in basso deborda di circa due dita dalla arcata costale.

Milza in alto all'8ª costola sull'ascellare media, in basso non si riesce a palpare.

La radioscopia del torace mette in rilievo a destra un'ombra che giunge fino all'altezza della quinta costola e che sembra la cupola diaframmatica spinta notevolmente in alto da notevole ingrandimento del fegato.

L'esame microscopico delle feci positivo per l'ameba hystolitica.

L'esame chimico e microscopico delle urine negativo.

Non viene praticato l'esame dell'espettorato. La Wassermann negativa.

Sangue: leucociti in circolo 10,000.

Con la paracentesi si estraggono circa 100 cc. di liquido citrino opalescente. Rivalta positiva. L'esame del sedimento dimostra la presenza di numerosi polinucleati, rari linfociti e cellule endoteliali.

Senza praticare la puntura esplorativa, per i sintomi, per la storia, per il rinvenimento dell'ameba hystolitica nelle feci l'ascesso epatico si ritiene di natura amebica.

Il 14 novembre si inizia la cura con 12 ctgr. di cloridrato di emetina Welcome al giorno, divisi in 4 fiale da tre centigr. ciascuna e per cinque giorni.

Le condizioni generali migliorano, diminuiscono gli edemi degli arti inferiori, i dolori addominali scompaiono quasi affatto; la pressione sulle ultime costole di destra non dà più dolori, l'aia epatica impiccolisce; la febbre si attenua e si fa irregolare, non presenta più il netto tipo intermittente; vengono meno le profuse sudorazioni; il numero dei leucociti si mantiene intorno ai 12,000.

Ad un nuovo esame del torace si riscontrano ronchi, sibili e sfregamenti alle basi, specie a destra.

Dopo 16 giorni si pratica una seconda serie d'iniezioni di cloridrato di emetina di 12 ctgr. al giorno e per altri 5 giorni. Il malato sopporta perfettamente il preparato, non dà nessun segno d'intolleranza. Dopo questa seconda serie d'iniezioni la febbre cede notevolmente (37°,5) e l'ammalato rifiorisce in modo evidente; gli edemi scompaiono completamente, l'addome non è più teso, non è più possibile dimostrare in esso li-

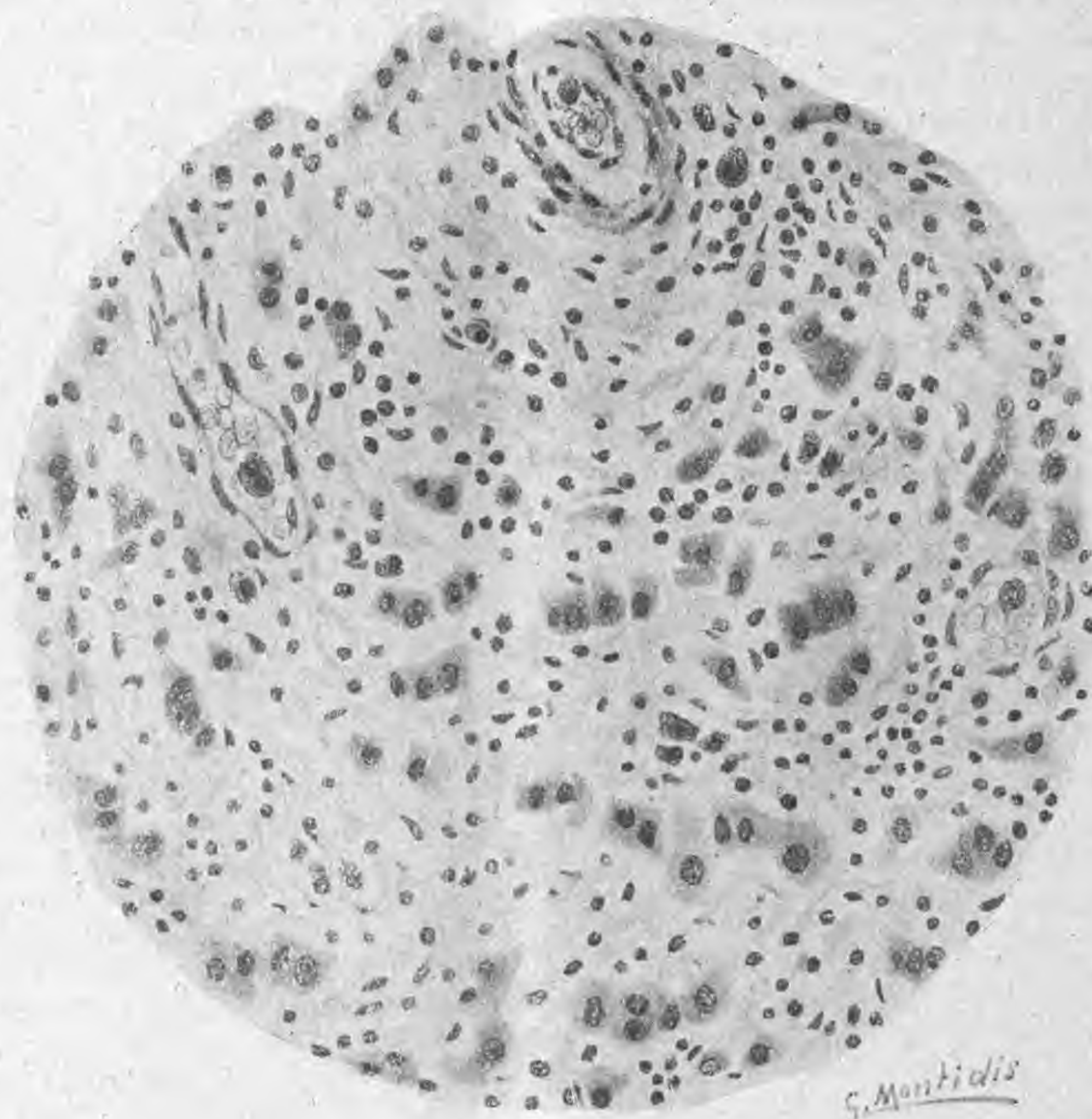
quido libero, l'aia epatica diminuisce ad evidenza.

L'esame delle orine risulta sempre negativo.

Nelle feci non si rinvengono più amebe.

L'ammalato si sente d'alzarsi dal letto e con vari pretesti cerca di muoversi nella corsia.

Nel secondo mese si pratica una terza serie di iniezioni di emetina. La febbre cede completamente.

Dopo 37 giorni di benessere l'infermo cade improvvisamente in grave stato d'agitazione, avverte intensi brividi di freddo, febbre elevata, accusa dolore all'emitorace di sinistra e ha frequenti colpi di tosse. All'esame del torace si riascendente si trova una cicatrice della grandezza di due centesimi di tessuto connettivo, rivestita da epitelio; altra cicatrice s'incontra a 22 cent. dalla prima in corrispondenza della inserzione mesenterica, di aspetto pigmentato e con disposizione a raggiera della mucosa circostante; a monte della stenosi cicatriziale si ha dilatazione intestinale; a 15 cent. da questa seconda cicatrice se ne incontra un'altra disposta ad anello ed abbracciante in giro quasi tutto il colon; vengono poi altre cicatrici di minore importanza. I diverticoli intestinali a monte delle varie cicatrici sono complessivamente 5.

Fegato - tessuto paraascessuale.

trova riduzione di suono nelle regioni sotto clavicolare ed ascellare di sinistra, quivi soffio bronchiale.

Le urine presentano tracce di albumina.

Per la cianosi intensa, per la dispnea notevole e per la pressione arteriosa elevata si pratica un abbondante salasso, che fa migliorare alquanto i sintomi della sopraggiunta affezione. Si tiene a latte e si praticano iniezioni eccitanti e calmanti. In quarta giornata l'infermo muore senza che si verifichi alcuna fase di miglioramento.

Il prof. Marchiafava pratica l'autopsia e trova: cuore normale; pleurite fibrinosa bilaterale, polmonite crupale del lobo inferiore del polmone sinistro. Nel peritoneo segni di peritonite fibro adesiva, l'intestino si svolge con una certa difficoltà, non liquido libero nell'addome. Aperto l'intestino subito dopo il cieco all'inizio del colon

Nel colon discendente le cicatrici si fanno sempre più rare e nel retto non se ne vedono più.

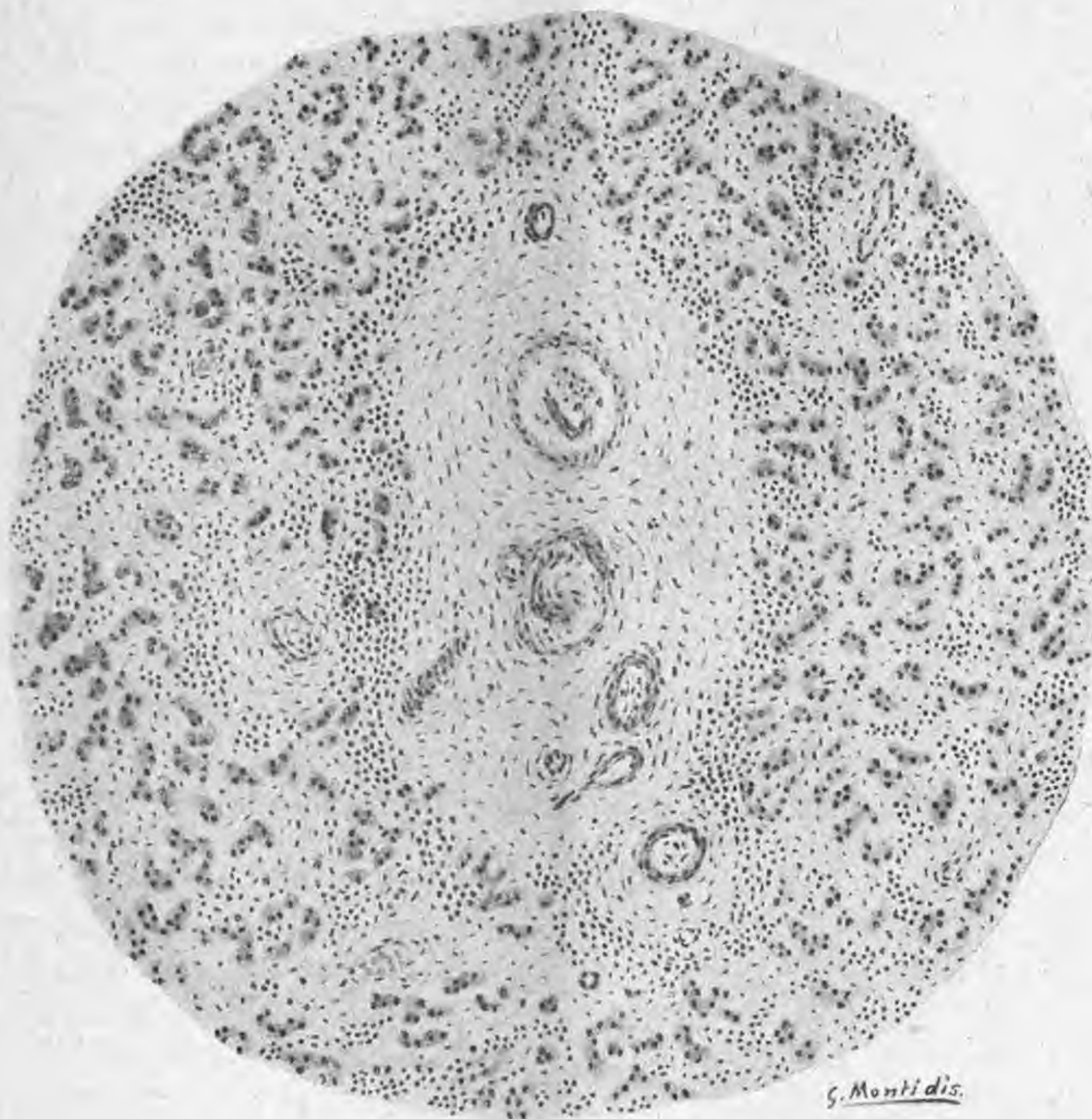
Il fegato si presenta ingrandito, con segni di periepatite, nella superficie diaframmatica del lobo di destra si nota una tumefazione di colorito bianco-grigiastro, fluttuante. L'incisione di essa dà luogo alla fuoriuscita di un liquido giallognolo dell'aspetto del pus tenue, filamentoso, scorrevole; complessivamente l'ascesso ha la grandezza di un limone e presenta pareti spesse, fibrose. L'esame del liquido purisimile, nonchè quello del raschiamento della parete ascessuale è risultato negativo per l'ameba hystolitica; colture in brodo di tali prodotti sono rimaste sterili. All'esame microscopico del contenuto si riscontrano: emazie, avanzi cellulari e nucleari, detriti, cristalli di ematoidina, di colesterina, di Charcot Leyden, mentre mancano i leucociti polinucleati. L'esame del raschiamento della parete dà nume-

rosi fibroblasti e cellule mononucleate grandi, che, secondo il Carrel, sarebbero eccellenti trefociti, cioè serbatoi importanti di *trefoni* che stimolano, i tessuti e servono probabilmente alla difesa dell'organismo contro i corpi estranei stimolando e nutrendo il tessuto connettivo di nuova formazione (1).

Milza con perisplenite.

Reni senza alterazioni macroscopiche.

Per potere studiare un poco più da vicino il processo di riparazione provocato dall'azione amebicida dell'emetina si è praticato l'esame microscopico di tagli di tessuto epatico periascessuale e di quello parascessuale, e tagli di pareti

Nel tessuto parascessuale la costituzione acinosa del fegato è alterata: il parenchima non possiede più la sua disposizione a raggiera intorno alla venula centrale, alcune volte eccentrica, altre volte fuori dell'acino, ma si fraziona in piccoli gruppi cellulari o addirittura in cellule isolate. Queste si presentano a volta ipertrofiche, iperplasiche, con figure mitotiche, a volte in metamorfosi regressiva, infiltrazione, degenerazione grassa, atrofia, pigmentazione, necrobiosi. Il connettivo periportale mostra segni di proliferazione così pure quello intra-acinoso e viene a circondare sia i residui acinosi, sia le cellule epatiche isolate.

G. Monti dis.

Fegato - tessuto paraascessuale.

intestinali in corrispondenza delle cicatrici sopra descritte, nonchè tagli di tessuto renale.

Nel fegato subito a ridosso del così detto ascesso si nota una spessa zona di tessuto connettivo con numerosi nuclei, ben vascolarizzata.

Verso la cavità ascessuale si presentano numerosi fibroblasti e cellule monucleate grandi, qualcuna delle quali in attività fagocitaria.

I vasi sono ripieni di corpuscoli rossi, in tutti si distingue bene l'intima, nei più grandi anche la tunica media è ben distinguibile, mentre l'avventizia si confonde facilmente con il tessuto fibroso circostante. A ridosso dei vasi il tessuto connettivale neoformato, stratificato parallelamente alla parete vasale, si mostra più compatto, meno corpuscolato, mentre quello più lontano è provvisto di numerosi nuclei.

Non si notano obliterazioni vascolari, anzi i vasi sono ben ripieni di sangue. Sia nell'interno di questi come fuori si riscontrano numerose cellule eosinofili.

Tale processo di riparazione si avvicina per i suoi caratteri alle comuni cirrosi del fegato. E come nelle cirrosi è viva ancora la discussione se la lesione primitiva sia a carico del parenchima (concetto patogenetico prevalente) e solo secondariamente si abbia proliferazione connettivale oppure viceversa, così nel nostro caso non è facile dire se l'emetina spieghi la sua azione, che del resto necessariamente si confonde in parte con quella precedente tossica operata dall'amebiasi, sul connettivo provocando attiva proliferazione di esso e conseguente scomparsa del parenchima, oppure sugli elementi cellulari provocando in molti di questi, probabilmente sui già avariati, fatti degenerativi necrobiotici e susseguente proliferazione connettivale.

(1) Policlinico, Sez. pratica, 38, 1924.

Tutto fa ritenere che nel caso in parola l'azione stimolante risolvente dell'emetina si eserciti prevalentemente sugli elementi connettivali e che le lesioni degli elementi parenchimali siano da attribuirsi esclusivamente all'azione dell'amebiasi epatica precedente all'uso dell'emetina.

Prima di discutere sulla presenza di numerose cellule eosinofili, mi piace di riferire le conclusioni del Guerrini al suo studio sulla emoeosinofilia degli animali nelle infestioni intestinali parassitarie.

« Per concretare, egli dice, il risultato delle mie osservazioni si possono formulare come segue le conclusioni definitive:

1) Nei colombi affetti da una infestione a localizzazione intestinale di Heterakis maculosa, si può avere emoeosinofilia fino alla proporzione del 28 % di eosinofili.

2) La emoeosinofilia è in questo caso sicuramente una funzione della infestione parassitaria. Essa infatti diminuisce, fino a quasi scomparire, quando l'ospite parassitato, somministrato un antielmintico, sia liberato dall'infestione; mentre che per converso esso compare quando, provocata sperimentalmente la infestione zooparassitaria gli zooparassiti abbiano raggiunto un certo numero ed un certo sviluppo nell'intestino dell'ospite parassitato.

3) L'inoculazione dell'intestino (inoculazione in un'ansa del tenue) di grande quantità di estratto in massa di Heterakis maculosa, o di prodotti di estrazione ottenuti col metodo dello Brieger, non provoca mai emoeosinofilia. Si può dunque escludere nel caso speciale che la emoeosinofilia che accompagna l'infestione possa essere imputata a tossine zooparassitarie e, data presumibilmente la loro natura, nei prodotti di estrazione ottenuti col metodo del Brieger.

4) Una spiccata emoeosinofilia può invece essere provocata negli animali da esperimento compromettendo in vario modo la mucosa intestinale: causticazione con liquidi bollenti; traumatismo della mucosa; insufflazione nel lume dell'intestino di polvere di silice o di polvere di vetro.

5) È dunque molto verosimile che nel caso particolare dell'infestione di Heterakis maculosa la emoeosinofilia dell'ospite parassitato, anzichè all'azione di sostanze elaborate dallo zooparassita ed assorbite dall'intestino dell'ospite, debba essere ricondotta alle condizioni tutto affatto speciali in cui viene a trovarsi l'intestino dell'ospite sotto l'azione dello zooparassita. E ciò forse potrebbe valere anche per molte altre emoeosinofilie che possono accompagnare, in diverso grado, molte altre infestioni zooparassitarie. Inducono a crederlo parecchi argomenti, ma fra tutti principalmente due: la lesione cioè vasta e profonda che gli zooparassiti dell'intestino possono indurre qualche volta nella mucosa dell'intestino dell'ospite, riscontrata da molti autori ed il fatto che le emoeosinofilie che accompagnano in diverso grado le infestioni zooparassitarie sono, di solito, tanto più elevate, quanto più grave è la lesione che gli zooparassiti possono indurre nella mucosa dell'intestino dell'ospite ».

Non meno importanti sono le osservazioni del Ravenna, il quale ha riscontrato numerose eosinofili nelle cirrosi da echinococcosi nei suini e invece assenza completa di eosinofili sia nell'infestione da ascaridi nei dotti biliari di suino, sia nella coccidiosi epatica del coniglio.

L'eosinofilia nel nostro caso sarebbe pertanto legata alle lesioni delle pareti intestinali prodotte dalle amebe. Tanto più gravi sarebbero le lesioni intestinali e tanto più grande la percentuale delle cellule eosinofili in circolo.

A tali interpretazioni ci portano le osservazioni sopra riferite e fatte negli animali le quali meritano un più esatto riscontro nell'uomo nei casi di infestione parassitaria intestinale.

Circa la funzionalità di tali cellule eosinofili è il caso di riportarci alle idee del Carrel e ritenerle a funzione trefocitica a somiglianza dei mononucleati grandi, come sopra è stato già notato.

I *tagli dell'intestino* praticati nei punti cicatriziali mostrano come la struttura anatomica di esso sia completamente alterata: non si scorgono più le cellule cilindriche ad orletto cuticolare striato, non più ghiandole di Lieberkuhn, non più follicoli, tutto è sostituito da un tessuto connettivale notevolmente nucleato e vascolarizzato. La mucosa e la sottomucosa formano sotto il nuovo aspetto connettivale tutta una cosa, il che conferma come le primitive lesioni si siano svolte nella sottomucosa per dare più tardi origine alle caratteristiche ulcerazioni a bottiglia.

Nei tagli del tessuto renale nulla di speciale, solo si osservano lievi fatti congestizi.

CONCLUSIONI E DEDUZIONI.

Il caso attuale conferma come l'emetina non è soltanto capace di combattere l'amebiasi intestinale e di prevenirne le complicazioni, ma è anche capace da sola di sterilizzare l'ascesso epatico già bene sviluppato, senza bisogno di cura chirurgica complementare.

Pontano sostiene che colla semplice cura emetinica si ha il completo riassorbimento del contenuto ascessuale. Ora questo nel caso in parola non si è verificato; l'ascesso è stato sterilizzato e validamente incistato, ma non si è avuto il riassorbimento di esso.

Pontano potrà facilmente sostenere che il periodo di cura non è stato sufficientemente lungo.

Nel colon si è constatata la presenza di parecchie cicatrici esiti di precedenti ulceri amebiasiche. In seguito alla costituzione di dette cicatrici si sono formate varie stenosi intestinali e a monte di queste diverticoli e pareti sottili, entro i quali con una certa facilità possono ristagnare le feci e si capisce con quali conseguenze.

Tale esito in guarigione è da tenersi presente quando, ultimata la cura si vedono persistere disturbi intestinali di vario genere e fenomeni generali che possono far dubitare della cura completa.

Il caso ci dimostra ancora come non sempre la febbre cede alle prime somministrazioni di emetina. Nè si può pensare alla insufficienza della cura, essendosi superate le dosi ordinarie del rimedio, nè si può ammettere che la febbre fosse mantenuta dal lieve catarro bronchiale concomitante, perchè la febbre dopo 43 giorni è caduta, malgrado persistesse il catarro bronchiale.

Questo insegna che non si deve sempre aspettare la caduta rapida e definitiva della febbre alle prime dosi del cloridrato di emetina, ma occorre insistere nella cura, con dosi opportunamente frazionate a seconda della resistenza dell'individuo, anche quando la persistenza della febbre potrebbe fare dubitare della diagnosi.

Particolare attenzione merita la causa della morte.

Non è questo il primo caso in cui una polmonite viene a troncare di un colpo la vita ad un organismo, guarito di un'affezione lunga e grave.

Il Mattei in Francia nel 1917 ha usato l'emetina in un malato con ascesso epatico amebiasico. Dopo 30 giorni di terapia quando l'ascesso si poteva considerare guarito una grave polmonite in 48 ore ha troncato la vita al paziente.

Precisamente lo stesso esito si è avuto nel caso descritto. È questa una pura e semplice coincidenza o effettivamente l'uso dell'emetina ad alti dosi può predisporre l'apparato respiratorio all'insorgenza di tale forma morbosa?

Il Gaglio ha osservato nei cani, in seguito alla somministrazione di forti dosi di emetina, gastroenterite, dilatazione dei vasi sanguigni dell'intestino e scariche diarroiche muco-sanguinolenti.

Duchworth nei conigli e Podwyssotzki nei cani hanno osservato inoltre che sotto l'azione dell'emetina anche i vasi sanguigni dei bronchi e dei polmoni si dilatano e talvolta addirittura si ha edema polmonare ed epatizzazione del tessuto.

E i casi mortali verificatisi in seguito ed iniezioni di emetina non possono forse riferirsi, più che ad una particolare sensibilità del paziente al rimedio, ad edema acuto polmonare?

« Raramente, (dice Pontano), l'emetina per iniezione dà luogo a vomito, ad alterazioni del polso e della funzione cardiaca, a disturbi intestinali (sotto forma di diarrea o di dolori). Io ho notizie in mezzo a numerosi malati curati con numerosissime iniezioni, di due incidenti sopravvenuti immediatamente dopo l'iniezione intramuscolare di 4 centigrammi di emetina, e che per la loro perfetta somiglianza e per le identiche condizioni di produzione devono essere attribuiti alla emetina. Quasi subito dopo l'iniezione i malati hanno avuto la sensazione di vaga sofferenza, con difficoltà di respiro. Poi un senso di viva soffocazione e di morte. I parenti dicono che il volto è divenuto pallido e cianotico, i malati hanno perduto la coscienza, mentre il medico curante chiamato ha riscontrato polso filiforme e frequentissimo. Lo stato grave è durato poche ore in uno, quasi mezza giornata nel secondo. Si può escludere che la dose di emetina e la qualità dell'emetina stessa fossero la ragione della grave sintomatologia. La fiala apparteneva ad una scatola di cui in giorni precedenti i pazienti avevano consumato altre fiale. Si può negare che i soggetti presentassero una sensibilizzazione al rimedio, oltre che per l'esperienza negativa in argomento, perchè successive iniezioni gradualmente crescenti non hanno determinato alcun inconveniente. La sindrome bulbare, sopravvenuta minacciosa ed improvvisa, immediata dopo l'iniezione, fa invece pensare che per caso la punta dell'ago abbia imboccato il lume di una vena e che l'emetina sia penetrata in quantità eccessiva e direttamente nel circolo ». (*Policlinico*, Sezione medica, fasc. 8, 1924).

Questi ricordi sull'azione dell'emetina fanno certamente dubitare che non si possa senz'altro a priori escludere che fra l'insorgenza del processo polmonitico e la cura emetinica non ci possono essere dei rapporti di predisposizione. Nel caso in parola si trattava di un paziente malandato, in tristi condizioni generali, coll'apparato respiratorio, le pleure comprese, alterati, e quindi nello stato peggiore per poter sopportare un rimedio, che eliminandosi per via bronchiale poteva determinare un processo patologico grave nei polmoni già lesi.

E' naturale pensare che nel caso descritto, malgrado l'apparente tolleranza al rimedio la dose di emetina usata sia stata eccessiva o quanto meno le serie di iniezioni di cloridrato di emetina si siano ripetute troppo da vicino.

Richiamare l'attenzione sopra tali inconvenienti, che del resto meritano conferma, non significa spregiare un rimedio così specifico, come si può

dire il chinino per la malaria, ma significa che nell'adoperare tale prezioso medicamento occorre valutare caso per caso la resistenza bronchiale.

Sarà bene pertanto mentre si pratica la cura e qualche tempo dopo evitare le cause reumatizzanti, tenere il malato in letto e a temperatura costante.

Il referto anatomo-patologico, nel caso attuale mentre conferma i benefici effetti della cura emetinica nell'ascesso amebiasico senza poter dimostrare il completo riassorbimento di esso, fa rilevare come occorra studiare la dose del rimedio volta per volta in perfetta correlazione collo stato dell'apparato respiratorio.

BIBLIOGRAFIA.

ROGERS L. *Tevers in the Tropics Third*, edit. 1919.

CHAUFFARD. Bull. Ac. de méd., 25 febbr. 1913.

TUFFIER. Presse méd., 26 novembre 1913.

FLAUDIN et DUMAS. Soc. méd. des hôp., 7 marzo 1913.

DOPTER. Soc. méd. des hôp., 4 aprile 1913.

ID. Presse méd., n. 10, 1916.

GAGLIO. Policlinico, Sez. pratica, 1919.

FRANCON. Thèse de Péris, 1919.

PONTANO. Policlinico, Sezione pratica, fasc. 10, 1918; Ibid., fasc. 21-22, 1920; Sezione medica, fasc. 8, 1924.

D. V. JUSPAR. *L'amebiasi*. Istituto di Patologia medica dimostrativa della R. Università di Catania.

ACHARD et FOIX. *Amibiase hépatique tardive à forme nodulaire*. Acad. de méd., 21 juin 1914; Presse médicale.

ALLAIN. *Emploi de chlorhydrate d'émètine dans les amébiases par les médecins du corps de santé des troupes coloniales*. Soc. Path. Escat, 1913.

ASCOLI M. *Dissenteria da entameba tetragena in soldato reduce da Tobruk*. Riforma med., n. 15, 1912.

ANGÉ et BROCQ. *Un cas d'hépatite aigüe et un cas d'abcès du foie d'origine amibienne, guéris par l'émètine sans intervention chirurgicale*. Presse médic., n. 5, 1917.

BERTARELLI. *La unicità dell'ameba dissenterica*. Morgagni, parte II, n. 7, 1918.

BILLARD et BLOTIN. *Anaphilaxie ou sensibilisation à l'ipeca par les iniections de clorhydrate d'émètine*. Presse méd., 1918.

BOERI. *Una epidemia da dissenteria amebica nostrale*. Riforma medica, 39, 1919.

CHAUFFARD et FRANCON. *Abcès du foie guéri par l'émètine sans opération*. Presse méd., 1919.

IZAR. *Sull'uso del cloridrato di metina*. Comunicazioni all'Acc. di scienze naturali in Catania, 7 giugno 1920.

LIAN et LYON-CAEN. *Abcès du foie traité dès débus de sa formation par l'émètine, compliqué de phlébite et guéri sans intervention*. Presse médicale, 1916.

SANGIORGI. *Dissenteria in Albania*. Ibid., n. 249, 1919.

SANFILIPPO. *Appendiciti di origine amebica*. Policlinico, 1921.

VIVES. *Appendicites et pseudo-appendicites dysentériques*. Thèse de Paris, 1919.

RAILLIET. *Erythème consécutif aux injections de clorhydrate d'émètine*. Presse méd., 1917.

PLUMIER et CLERMONT. *L'action du chlorhydrate d'émètine sur la circulation pulmonaire*. Presse médicale, 1919.

MÉRY et MILLIAN. *La toxicité du chlorhydrate d'émètine*. Presse méd., 1917.

MATTEI et RIBON. *L'élimination urinaire du chlorhydrate d'émètine chez l'homme*. Presse médicale, 1917.

MARQUIS. *Sur les abcès amibiens du foie*. Presse médicale, 1917.

LEGRAND. *Deux cas d'amébiase observés en Egypte*. Presse méd., 1920.

LEBOFF. *Le traitement de l'amébiase intestinale par l'iodure double d'émètine et de bismuth*. Presse méd., n. 38, 1917.

LAFILLE. *Sur le traitement des abcès dysentériques du foie par l'émètine*. Presse méd., 1917.

GUGLIELMETTI. *La toxicité du chlorhydrate d'émètine*. Presse médicale, n. 5, 1917.

FRANCHINI. *Dissenteria amebica sul fronte italiano*. Pathologica, 1919, 262.

DALIMIER. *Toxicité du chlorhydrate d'émètine*. Presse médicale, n. 4, 1917.

J. ROUILLARD. *Amébiase pulmonaire et bronchites amibiennes*. Presse méd., n. 46, 1924.

M. PETZETAKIS. *Traitement sistématique de l'amébiase par les injections intraveineuses d'émètine*. Presse méd., n. 69, 1924.

F. FRANCON et J. HUTINEL. *Les données nouvelles sur l'amébiase hépatique*. Presse médic., n. 66, 1924.

M. FONTANEL. *Guérison rapide d'un abcès du foie ouvert dans les bronches par l'association d'émètine et stovarsol*. Presse méd., 1924

M. PETZETAHIS. *Présence fréquente d'amibien dans les crachats et les urines au cours de la dysenthérie amibienne aigüe: la cystite amibienne*. Presse méd., 95, 1923.

A. PISSARY, BREGER et CHABOURE. *Abcès amibien de poumon*. Presse méd., 61, 1923.

GUYOT, BOUSQUET, AURIAT et CHAVANNAZ. *Abcès du foie*. Presse méd., 33, 1924.

P. DELANOË. *Un cas de dysentérie amibienne grave traitée par le stovarsol*. Presse médicale, 28, 1924.

M. PETZETAKIS. *Avantages des injections intraveineuses d'émètine dans le traitement de la dysentérie amibienne aigüe et chronique et des amibiases viscérales*. Presse méd., 25, 1924.

CADE et P. RAVAULT. *Succès rémarquable de la médication par le stovarsol au cours d'une dysentérie amibienne datant de trente mois et rébelle aux autres thérapeutiques*. Presse médicale, 10, 1924.

M. PETZETAKIS. *L'amibiase rénale: néphrite amibienne; action curative et diurétique de l'émètine*. Presse méd., 1924.

R. MARCHESINI, G. BERTOLINI. *Cirrosi epatiche parassitarie dei suini*. Cl. veterinaria, 1914.

ROSARIO CERUTI. *Ascesso epatico di probabile origine amebica*, Policlinico, Sez. prat., fasc. 15.

CIOTOLA ALBERTO. *Della cura dell'ascesso epatico amebico*. Policl., Sez. prat., fasc. 51.

ORMISDA FALZI. *La cura medica nell'ascesso epatico da ameba*. Policl., Sez. prat., fasc. 20, 1922.

G. CARBONARO. *Amebiasi in Sicilia*. Policl., Sezione prat., fasc. 41, 1924.

O. CASAGRANDI. *Amebiasi; Amebemie; Amebopatie umane in Italia*. Policl., Sez. prat. fasc. 34, 1924.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Relazione fra i reperti fisici nella tubercolosi polmonare e le modificazioni specifiche nel polmone.

(A. SCHNEIDER. *Zeitsch. f. Tuberkulose*, 1924, n. 5).

I trattati di medicina si diffondono ampiamente sulla diagnosi della tubercolosi incipiente, delle caverne, delle forme produttive od essudative, ma accennano appena o non trattano nemmeno la questione, che pure è di alta importanza, di saper riconoscere se la tubercolosi si trova in uno stadio progressivo oppure è stazionaria e quando si possa considerare guarita. Il concetto di tubercolosi progressiva si trova tuttavia definito da due fatti: i fenomeni catarrali e l'innalzamento di temperatura. Ma i limiti fra tubercolosi stazionaria e guarita rimangono invece poco netti, sicchè ne sorgono diverse questioni, come le seguenti: Può considerarsi guarita una forma tubercolare fintantochè si sente del catarro? La cicatrizzazione dei focolai tubercolotici va di pari passo con il retrocedere dei fenomeni catarrali?

In realtà, la massima parte degli autori considera come un segno di miglioramento la diminuzione del catarro e viceversa e ritiene che, in una forma tubercolare guarita, non si deve trovare più catarro; sopra tali asserzioni si basano poi molti per giudicare la efficacia di metodi terapeutici nella tubercolosi. Si deve però tener presente che è assai difficile poter stabilire con esattezza se i rantoli siano aumentati o diminuiti, il che presuppone una buona memoria per la impressione acustica e dipende dalla impressione subbiettiva del medico. Inoltre la tubercolosi ha una grande tendenza alla guarigione spontanea ed il giudizio di un mezzo terapeutico basato soltanto sulle accennate impressioni riesce indubbiamente fallace.

L'A. è, da molti anni, venuto nella convinzione che vi sia una certa indipendenza fra i reperti fisici ed anatomici nella tubercolosi polmonare. È già noto che il reperto radiologico corrisponde, in complesso, con quello anatomico, ma che questo è più ampio che non quello che si poteva prevedere mediante la percussione. Assai meno semplici sono poi i rapporti con quanto si trova all'ascoltazione. Accade poi che, ripetendo spesso le ricerche più accurate sui tubercolotici, si osserva che i fenomeni catarrali sono quanto mai mutevoli. Nella tubercolosi attiva degli apici, si ascolta una volta una respirazione rinforzata od indebolita od anche normale senza rantoli, un'altra, invece, si sentono numerosi rantoli fini od a medie bolle, talvolta anche crepitanti. Anche il tipo del murmure respiratorio può variare: talvolta vescicolare od indebolito, tal'altra rinforzato o bronchiale. La stessa zona di diffusione dei rantoli è soggetta a notevoli variazioni; in molte lesioni apicali, che con la percussione e le ricerche radiologiche, risultano al disopra della clavicola, si trovano i fenomeni umidi, una volta limitati all'apice, un'altra subito sotto la clavicola, oppure diffusi in parti libere dal processo, fino alla seconda-terza costa, in avanti, e fino a metà della scapola posteriormente. Tutti questi fenomeni possono variare da un giorno all'altro. L'A. cita diversi casi del genere, in cui un giorno il catarro era diffuso su tutto l'ambito polmonare, un altro invece soltanto all'apice.

Per quanto riguarda la relazione fra reperti fisici e miglioramento clinico, Grau e Schulte-Tigges hanno proposto i seguenti segni per giudicare di tale miglioramento: 1) Scomparsa dei bacilli dallo sputo; 2) Apiressia; 3) Aumento di peso; 4) Miglioramento del reperto polmonare (rantoli). L'A. accetta tale punto di vista, meno che per il punto 4) ed osserva che quando un tubercolotico è apirettico, aumenta di peso e non ha più tosse, sudori notturni, emottisi, ecc., quando sono scomparsi o migliorati i fenomeni subbiettivi, si deve concludere senz'altro per il miglioramento o la guarigione nel senso anatomico, nonostante i reperti della percussione e dell'ascoltazione. Il catarro, di fatto, può rimanere immutato anche parecchi mesi dopo la guarigione, come dimostrano anche alcuni casi clinici riportati dall'A.

Questa apparente incongruenza fra i fenomeni catarrali e la reale diffusione del processo tubercolare, nonchè la variabilità di tali fenomeni sono probabilmente da attribuirsi alle modificazioni della mucosa bronchiale nel senso dell'atrofia o della ipertrofia, ed a piccole dilatazioni od a restringimenti del lume dei bronchi per cui ne risulta un ristagno del secreto nel territorio ammalato. Il catarro è quindi in dipendenza di modificazioni specifiche del tessuto polmonare e di quelle non specifiche della mucosa bronchiale. Esso può quindi essere specifico e non specifico; quest'ultimo si ha in conseguenza di leggeri raffreddamenti, di terapia con corpi stimolanti specifici o non, oppure per cause che ci sfuggono e si estende più o meno anche sulle parti di polmone indenni.

La variabilità della respirazione, ora rinforzata, ora indebolita, si può spiegare con il riempimento e lo svuotamento dei ramuscoli bronchiali ed i variabili stati di rigonfiamento della mucosa bronchiale. La presenza del catarro in

parti del polmone del tutto guarite può spiegarsi con modificazioni cicatriziali del tessuto polmonare. La decisione se il catarro sia o non specifico è assai difficile in certi casi. Il catarro che sorpassa i limiti delle lesioni che si vedono con la radioscopia, può ritenersi non specifico; invece il catarro che subisce sempre le stesse modificazioni è, almeno in parte, specifico.

Il catarro descritto deve essere distinto da quello che si ha nelle bronchiti acute e croniche, che possono complicare la tubercolosi, in quanto che nel primo i rantoli sono più scarsi, quasi sempre umidi, a piccole bolle e cambiano di giorno in giorno.

Le osservazioni accennate hanno anche grande importanza per le perizie, specialmente dei tubercolosi di guerra, in cui spesso, si vede che i diversi osservatori che si sono succeduti hanno trovato diversi reperti ascoltatori e quindi concesso pensioni diverse. In questi casi, più che alla diffusione del catarro, si deve dare importanza al reperto della percussione ed a quello radiologico, nonchè allo stato generale.

Simili cautele si debbono avere per giudicare se la lesione di un tubercoloso sia ancora in stato di attività. Si deve tener presente che, anche negli individui completamente guariti si possono avere rantoli umidi. In tal caso, se l'individuo non ha nessun disturbo, se è capace di lavorare, se la temperatura rimane normale ed il peso costante, si può concludere per la guarigione, anche in presenza di catarro. D'altra parte l'assenza di fenomeni catarrali può aversi nella tubercolosi attiva ed in tal caso la diagnosi si farà principalmente in base ai disturbi del malato, alla presenza di sangue nello sputo ed alle modificazioni della temperatura.

FILIPPINI.

Anergia tubercolare e linfogranuloma maligno.

(P. BASTAI, *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 39, 1924).

L'individuo adulto, che, come è noto a tutti, eccezionalmente è esente da contagio tubercolare, fortunatamente in grandissima parte sotto forma di focolai taciti, dimostra uno stato di ipersensibilità tubercolare che si traduce con le note reazioni tubercoliniche. Tuttavia non è raro trovare individui che non reagiscono affatto alla tubercolina o perchè colpiti da tubercolosi florida e progredita — *anergia negativa* —, o per scarsissima reattività generale per cachessia da malattie esaurienti (tumori, anemia perniciosa, ecc.) — *anergia assoluta* — o per interferenza di fattori estranei, di natura specifica, come nella dissensibilizzazione con minime dosi di tubercolina, o aspecifica come nella insorgenza di malattie intercorrenti (morbillo, ecc.) che inducono una *anergia transitoria*, limitata alla durata della malattia stessa. A questa categoria l'A. crede di riferire la forma di anergia osservata in otto casi di linfogranuloma maligno accertati con l'esame istologico. Come metodo di indagine ha fatto ricorso alla intradermoreazione, mettendo in evidenza una completa anergia tubercolare, che non può essere imputabile all'assenza di focolai tbc. messi in rilievo chiaramente in alcuni casi, nè a riduzione di reattività generale da cachessia, per le buone condizioni generali dei pazienti, e per il fatto che in essi erano dimostrabili altre forme di ipersensibilità (al siero di cavallo, al polline delle graminacee), come non avviene nei casi di anergia assoluta. Dunque l'anergia è dovuta alla linfogranulomatosi che induce una insensibilità alle tubercoline, ed è permanente per il fatto che la malattia non si esaurisce che con la morte. Trascurando ogni spiegazione del meccanismo di questo annullamento di allergia, non avendosi finora alcun dato atto a chiarire il fenomeno, e passando al significato clinico del reperto, l'A. rileva come tra le varie forme di linfomi (il tubercolare, associato quasi sempre a uno stato di allergia esaltato, il neoplastico, il leucemico, il venereo) soltanto il linfogranuloma maligno ha la proprietà di indurre, fin dalle prime manifestazioni cliniche, una anergia tubercolare completa. La regola ha però valore relativo: eccezionalmente può l'allergia tbc. mantenersi evidente in casi di linfogranulomatosi maligna, e non sempre può essere esaltata in casi non molto progrediti di linfogranuloma tbc., potendosi al contrario osservare anergia negativa. Ma in clinica non vi sono sintomi di valore assoluto. L'A. conclude affermando che il reperto ha un certo valore in merito alla discussa questione della natura tubercolare o meno dell'affezione, ha un valore reale nella diagnosi differenziale con le altre forme di linfomi, ed ha un significato biologico non meno importante in quanto mette in rilievo nella linfogranulomatosi una proprietà finora non segnalata.

PICCINELLI.

CHIRURGIA.

L'apertura delle cisti idatidee del fegato nelle vie biliari.

(F. DÉVÉ. *Le Journal médical franç.*, 1924, n. 9).

Il materiale di studio dell'A. comprende 257 osservazioni di cisti idatidee del fegato evacuate per le vie biliari, e precisamente: 75 osservazioni mediche con autopsia, 49 senza, 36 chirurgiche con autopsia e 97 senza.

Etiologia: per la frequenza i classici citano ancora le cifre del Davaine nelle quali l'apertura nelle vie biliari occupa l'ultimo posto: in opposizione a tali idee l'A. stima l'apertura delle cisti nelle vie biliari una delle modalità più frequenti di rottura; essa dovrebbe porsi al terzo posto, subito dopo le rotture intratoraciche ed intraperitoneali, lungi dall'apertura intestinale. Nessuna importanza ha il sesso. L'apertura in discorso è rara prima dei 21 anni, frequente fra i 30 ed i 50 anni. Da segnalare il fatto che quasi non si eliminano in linea generale cisti a contenuto complesso, cisti già esposte a vicende patologiche.

Topograficamente è utile classificare le cisti del fegato aperte nelle vie biliari in quattro gruppi distinti:

G. A.: Cisti profondamente situate sotto la cupola diaframmatica destra. Sviluppate nella zona silenziosa del fegato, sono chirurgicamente quasi inabbordabili dalla laparatomia ed occorre l'operazione transpleuro-diaframmatica. Tale gruppo comprende il 42 % dei casi.

G. B.: Cisti sporgenti sulla faccia anteriore del fegato, epigastriche, condro-epigastriche destre o sinistre. Rappresentano il 22 % dei casi.

G. C.: Cisti della faccia inferiore del fegato, angolari, omentali, del quadrato, prerenali. Nel 25 % dei casi.

G. D.: Cisti occupanti la regione dell'hiatus di Winslow, od il lobo di Spigellio. L'11 % dei casi.

Risulta dunque da queste cifre che le cisti più facilmente apribili nelle vie biliari, sono quelle che affiorano la faccia convessa del fegato.

Nel 90 % dei casi l'apertura cisti-biliare si fa nei grossi condotti biliari intraepatici, più spesso nei destri che nei sinistri. L'orifizio di comunicazione varia dal volume di un lapis a quello dell'indice. Il volume della cisti apertasi varia da una testa di adulto a quello di un uovo di pollo. Per quanto riguarda il contenuto, nel 93 % dei casi, si ha a che fare con cisti a contenuto multivescicolare: d'altra parte, 55 volte su 100 la cisti era suppurata e nel 10 % si trattava di una suppurazione gassosa. Cisti fertili e viventi possono benissimo trovarsi in mezzo a questo contenuto.

La migrazione ripetuta di residui idatidei nell'epatico e nel coledoco, porta, all'infuori di ogni occlusione, un aumento manifesto del diametro di questi canali. Quasi sempre il tappo idatideo si trova nella porzione sopra vateriana del coledoco e si osserva allora una dilatazione di tutto l'albero biliare. È vario lo stato della vescicola, come è vario il suo contenuto. L'ostruzione coledocica idatidea prolungata porta ad una colangectasia intraepatica: generalmente nei canali si contengono residui di membrane o cisti vuotatesi, o cisti vive, contenuto risultante da invasione retrograda idatidea.

Il parenchima epatico stesso subisce gli effetti della stasi e dell'ipertensione biliare prolungata con l'aggiunta dell'infezione biliare attenuata: ne risulta una vera cirrosi biliare idatidea. Altre conseguenze possono essere angiocolite suppurativa ascendente, ritenzioni pancreatiche, pancreatiti emorragiche.

Le cisti idatidee primitive della vescicola non possono essere ammesse: è sempre dunque l'apertura di una cisti epatica nella canalizzazione mucosa del viscere, l'origine delle cisti esistenti nelle vie principali biliari. Mettendo da parte le teorie da alcuni ammesse, l'apertura della cisti è il risultato di un processo semplicissimo: insidiosamente, non per assottigliamento progressivo, non per usura di un grosso canale biliare vicino, la rottura si ha per una necrosi locale della parete del condotto mucoso inglobato nell'avventizia cistica priva di vasi. La disposizione multivescicolare facilita l'eliminazione frazionata. Contrariamente a quel che osservasi nella litiasi del coledoco, la desostruzione dell'orifizio coledoco vateriano si produce facilmente, avendosi a che fare con una massa molle, liscia, sdrucciolante, elastica, non traumatizzante, nè irritante: la dilatazione, dolce, che porta al dotto coledocico, fa sì che attraverso lo sfintere vateriano possono essere emesse cisti o membrane, relativamente di volume considerevole.

I sintomi caratteristici dell'evacuazione delle cisti idatidee dal fegato nelle vie biliari, sono: il dolore con l'intensità, i caratteri, la sede, le irradiazioni, le recrudescenze parossistiche della colica epatica. L'accesso doloroso termina quasi sempre bruscamente, dopo un quarto, mezz'ora o più. Il dolore può essere frustro, larvato-gastralgico, od epatalgico e può anche mancare; l'ittero è sintoma abituale, ma può anche mancare. Il fegato può essere aumentato in toto; si può palpare la vescicola biliare. Può esservi febbre preceduta da brivido, intermittente, remittente, irregolare. Le cisti, od i residui, possono essere emessi con il vomito (idatidemesi) o con le feci (idatedenteria), in quantità maggiore o minore; talora si nota urticaria.

In opposizione alle molteplici idee degli altri AA., la colica biliare idatidea, indica quasi sempre l'incuneamento di vescicole o di membrane idatidee nei condotti biliari. Patogeneticamente si spiega anzitutto con fenomeni meccanici legati alla ostruzione della via biliare principale. La vescicola non interviene che accessoriamente nella patogenesi della sindrome.

L'evoluzione degli accidenti è il più spesso rapida: esistono casi di ostruzione idatidea pro-

lungata, simulanti l'ostruzione calcolosa: è importante da ammettere il fatto dell'eliminazione periodica, prolungata delle cisti idatidee del fegato nelle vie biliari. La prognosi è relativamente benigna, afferma il Dévé. Le complicazioni però cui per mancato intervento si può andare incontro, sono numerose e gravi. La diagnosi in un individuo il quale, portatore di una tumefazione epigastrica od ipocondriaca, sia colpito da crisi dolorosa con ittero, con idatidenteria, e diminuzione della tumefazione epatica, è facile. In caso diverso è facile la confusione con la litiasi biliare. Degli elementi clinici discriminativi scarso aiuto ci dà la tumefazione epatica, perchè non notata antecedentemente; l'urticaria manca quasi sempre, quanto alle nuances descritte da alcuni nel modo di evolvere della colica idatidea, esse sono incostanti e per nulla caratteristiche. Sono elementi di presunzione: il sesso, di fronte ad un caso su cinque nella colelitiasi, l'uomo è interessato una volta su due nella colica idatidea; l'età, in quanto i diagrammi mostrano che la colica litiasica è di dieci anni in ritardo sulla colica idatidea; la radiografia. Elementi di quasi certezza sono le prove di laboratorio: non tanto l'eosinofilia, quanto le combinate reazioni di Fleigl d'Imaz Aphatie, di Weinberg, di Casoni, di Pontano, e specialmente la ricerca sistematica del corpo del delitto nelle feci.

La cura non può essere che chirurgica ed il più presto possibile, il più completamente possibile.

MONTELEONE.

Operazioni addominali con blocco del vago.

(AHREUS. *Zeitschr. f. Chir.*, 1924, p. 1167).

Posto che ormai da più parti e da molti anni è ammessa una dipendenza fra complicazioni postoperatorie nell'ambito polmonare e stimoli trasmessi dagli organi addominali durante l'operazione, per via del sistema nervoso autonomo, l'A. ha cercato negli ultimi anni di interrompere questa via riflessa bloccando il vago: e, da prima si è limitato a farlo per le operazioni sullo stomaco, poi ha esteso il tentativo anche ad altre operazioni della cavità peritoneale alta. Tecnica operatoria: subito dopo aperto il peritoneo, si circonda lo stomaco, per quanto più sia possibile, verso il cardias con iniezione sottosierosa di 20 cmc. di novocaina-soprarenina, iniettando da prima nella parete anteriore, poi nella posteriore, attraverso un occhiello del legamento gastro-colico. Il metodo fu applicato in 21 casi: 7 di resezione gastrica e 14 di altre affezioni, comprendenti anche malati gravi, con ileo e peritoniti da perforazione. Su di essi l'A. ha fatto le seguenti osservazioni.

Certi insulti meccanici, e prevalentemente le trazioni longitudinali sullo stomaco, che di solito producono rallentamento e abbassamento di pressione del solco, passarono in tutti i casi senza conseguenze, anche se esagerati a bella posta. In alcuni casi, in seguito a forte trazione laterale sulle pareti addominali contratte, con uncini ottusi, intervenne una leggera depressione cardiaca: qui il riflesso si stabilizzà anche al di fuori del terreno bloccato.

In nessun caso ricorsero processi pneumonici: nemmeno vi furono acutizzazioni di bronchiti già in atto.

Le narcosi, etere e poco cloroformio, decorsero molto più calme del solito, senza alterazione del respiro.

I malati mostrarono subito dopo il risveglio un notevole senso di benessere. Mancarono le manifestazioni di shock post-operativo, frequenti specialmente nei vecchi, che noi siamo soliti riferire ad eccitamenti riflessi dei grossi gangli addominali. Sembra quindi che assieme al vago siano interrotte anche le vie riflesse a questi gangli.

Il blocco del vago è quindi raccomandabile. Da che lo usa l'A. si accinge a certe operazioni con animo molto più tranquillo di prima.

B.

SIFILOGRAFIA.

La diagnosi di sifilide ereditaria e le alterazioni del mezzo sanguigno.

(E. LEREDDE. *La Presse médicale*, 30 luglio 1924).

La sifilide ereditaria si presenta molto spesso sotto forma latente, senza sintomo alcuno specifico o aspecifico e con R. W. negativa nel sangue e nel liquor. A un'età qualsiasi essa può smascherarsi dando luogo a svariate affezioni organiche; epilessia, emiplegia, scoliosi, arresto di sviluppo, cardiopatie. L'origine specifica di tali affezioni resta non di rado sconosciuta.

Frequente del pari è la sifilide ereditaria con manifestazioni cliniche, però non specifiche: essa importa sia riconosciuta per tempo affinchè la cura possa sortire i suoi effetti. Si tratta spesso di debolezza congenita o di altre forme in cui la sieroreazione è positiva.

Il Marfan ed altri distinguono nel lattante alcune forme con segni i quali hanno valore di certezza (pemfigo, coriza, sifilodermi, megalosplenia, sindrome di Parrot, ecc.) ed altre in cui non esistono che segni di probabilità (vegetazioni adenoidi precoci, melena, anoressia, arresto o len-

tezza nell'accrescimento senz'altra causa palese, idrocele, encefalo- e cardiopatie congenite, convulsioni precoci, strabismo convergente, rachitismo congenito o precoce).

La riunione nel fanciullo di più segni di probabilità permette di affermare l'esistenza dell'infezione; vanno poi considerati i risultati dell'inchiesta familiare (sifilide materna, aborti ripetuti, gravidanze gemellari, idramnios, ecc.). A tal riguardo però non tutti gli AA. si trovano d'accordo, giudicando alcuni i segni di probabilità del tutto aspecifici e ritenendo solo legittima la diagnosi allorchè esistano segni di certezza.

Comunque è certo che la riunione anche di più segni di probabilità, pur non essendo tale da fornire la certezza assoluta e una sicurezza approssimativa pur non equivalendo alla assoluta, nell'infanzia tuttavia bisogna pensare alla esistenza della sifilide anche in mancanza di manifestazioni specifiche: occorre anzi in tali casi intervenire con una cura di prova, sufficientemente prolungata, regolare, energica. In tal modo si eviterà al sopravvissuto di essere vittima delle conseguenze lontane dell'infezione e d'altra parte gli effetti ottenuti dalla cura dimostreranno in un numero grandissimo di casi la reale esistenza dell'infezione.

Il campo dell'eredosifilide di presunzione è molto vasto. Praticamente bisogna presumere l'esistenza della malattia in ogni fanciullo la cui madre è sifilitica, di cui un fratello o una sorella maggiore sono sifilitici e allorchè l'infezione non potrà essere stata esclusa nella madre; si presumerà parimente nel fanciullo di madre eredosifilitica o i cui fratelli o sorelle sono eredosifilitici (nota è infatti la frequenza delle infezioni di seconda generazione). Dovrà ancora pensarvisi in ogni caso di malformazioni, anche in assenza di altri segni di probabilità. Bisogna curare ogni bambino che presenti segni di presunzione anche quando la sieroreazione è negativa.

Fra i segni di presunzione di maggior valore vanno annoverate le alterazioni del mezzo sanguigno. Esse permettono infatti di riconoscere l'infezione già nella sua fase preclinica e di curarla nel periodo di latenza. In un bambino affetto da vegetazioni adenoidi, da idrocele, da strabismo o da un'encefalopatia congenita, l'esistenza di alterazioni ematologiche dimostrerà trattarsi di affezioni di origine non più semplicemente « locale », ma dipendenti da una causa generale. Inoltre l'attenuazione di queste alterazioni sotto l'influenza della cura permette di porre una diagnosi etiologica altrimenti confinata nel solo campo delle ipotesi. D'altra parte poi lo studio del sangue ci offre il mezzo di controllare in un sifilitico accertato i progressi verso la sterilizzazione realizzati dalla cura.

La frequenza delle alterazioni sanguigne nell'eredosifilide infantile può dirsi enorme. Quasi costanti nel lattante, esse sono altrettanto frequenti, sebbene meno accentuate, alla nascita; meno frequenti nell'età adulta.

L'A. ha praticato osservazioni ematologiche su un totale di 71 casi fra cui 23 di sifilide congenita provata, 26 di individui con madre affetta da sifilide acquisita o ereditaria provata e 22 di individui con padre affetto da sifilide acquisita accertata. L'età dei pazienti variava dalla nascita ai 16 anni e oltre.

Nessuno dei casi, anche fra coloro nei quali l'infezione doveva soltanto presumersi, presentavano stato ematologico normale. Le alterazioni consistevano in ipoglobulia, ipocromia, monocitosi, leucocitosi: spesso unite insieme, altre volte associate due a due o presenti separatamente (ipoglobulia o ipocromia o monocitosi).

Risulta dalle osservazioni sia dell'A. che di altri che la leucocitosi è abbastanza rara, salvo che nei lattanti il 57 % dei quali ha più di 10,000 leucociti per mmc. Non rara ad osservarsi è la presenza di cellule anormali: mielociti, eosinofili o basofili, metamielociti. L'alterazione però più frequente è la monocitosi.

È chiaro che nei malati in cui la sifilide congenita è accertata o in quelli in cui l'infezione è provata in uno dei genitori non potremo più parlare, di fronte alla presenza di alterazioni ematiche di anemia « idiopatica » o « essenziale », ma, al contrario, di anemie infettive la cui esistenza rivela la presenza e l'azione del parassita. Tutt'al più potremo ancora parlare di anemie idiopatiche o essenziali dopochè tutte le ricerche oggi possibili atte a svelare la sifilide, la tubercolosi o un'altra infezione cronica siano state espletate.

L'esistenza delle alterazioni ematologiche rappresenta ad ogni modo un segno di presunzione di grande valore. Con la cura specifica sia arsenicale che bismutica o mercuriale, si osserva in genere una profonda, spesso anche rapida, modificazione di esse.

L'A. conclude rilevando che lo studio del mezzo sanguigno ci permette oggi di constatare la presenza di un'infezione generale sopratutto in bambini affetti da malattie in apparenza « locali »: i risultati ottenuti vanno aggiunti a quelli dell'esame clinico e dell'inchiesta familiare, gli effetti della cura valgono normalmente a confermare la diagnosi. A giusto titolo dunque lo studio del mezzo sanguigno deve entrare nella pratica quotidiana della medicina infantile.

M. AGOSTINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

LIBERT. *Précis de Pathologie Générale.* Vol. in-8°, 500 pag., Baillière, Paris, 1924. Fr. 26.

Questo compendio costituisce un'eccellente e moderna esposizione delle questioni così complesse concernenti la « chiave di volta » della medicina. L'A. ha il grande merito di compiere nel medesimo tempo, opera completa e chiara. Tutti i problemi interessanti la medicina generale sono trattati ed è occorsa da parte dell'A. una cultura scientifica assai estesa per tenersi così aggiornato.

Dapprima sono studiate le cause morbifiche. Questa prima parte tratta dell'eredità, dell'influenza dello stato del soggetto stesso sullo svilupparsi delle malattie e infine dell'azione dei diversi agenti fisici, chimici e animati.

La seconda parte riguarda le reazioni dell'organismo alle cause patogene: in una serie di capitoli sono trattate l'immunità, l'anafilassi, l'allergia, le malattie della nutrizione, la febbre e l'ipotermia, le infiammazioni, le degenerazioni, i tumori. Sopratutto interessanti sono i capitoli concernenti l'immunità, l'anafilassi e l'allergia.

Numerose figure, assai bene scelte, illustrano il testo. Il libro del Libert sarà molto utile non solo agli studenti, ma anche ai medici desiderosi d'istruirsi e di tenersi al corrente dei nuovi studi e delle nuove scoperte nel vasto campo della patologia generale.

A. POZZI.

BORCHARDT L. *Klinische Konstitutionslehre.* Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Un vol. in-8° di 324 pag. con 63 fig. Urban e Schwarzenberg, edd., Berlino, 1924. Prezzo G. M. 10.

L'importanza della dottrina della costituzione per una migliore comprensione dei fenomeni clinici si viene sempre più affermando ed è bene che i medici se ne rendano conto per poter meglio inquadrare l'osservazione del singolo individuo in un più vasto ordine di fenomeni.

Una buona guida per tale scopo ci è offerta dal libro dell'A., che pone, come base della sua trattazione, i rapporti fra la clinica e la dottrina della costituzione, esaminando nella parte generale le differenze individuali, la loro causa e l'influenza della costituzione sulla disposizione alla malattia.

Considera poi il particolare decorso clinico, derivante dal diverso modo di reagire della personalità. Descrive i segni di deviazione dalla norma ed i diversi tipi costituzionali, l'azione degli ormoni ed i disturbi dello sviluppo, riunendo in una sintesi le cause del particolare modo di reagire dell'individuo. Da ultimo si trovano le norme per la diagnosi clinica dei disturbi di costituzione ed un elenco dei principali termini tecnici.

fil.

A. DRAGO. *L'anafilassi alimentare nel bambino.* Roma, Tip. L. Morara, 1924.

Quando, nel 1902, Richet creò la parola *anafilassi*, e illustrò i fenomeni che con essa oggi si vogliono compendiare, non pensò certo agli sviluppi, che la sua osservazione avrebbe potuto avere.

Come per ogni idea nuova, anche per l'anafilassi si è pericolosamente esagerato, con baldanza di neofitismo. Ma non sono mancati autori, i quali dell'idea del fisiologo francese hanno, con mano sicura e con serietà scientifica, preso il buono ed il vero. A questa ultima, e purtroppo non numerosa, schiera degli « amici dell'anafilassi » appartiene Armando Drago, il quale, in un coscienzioso lavoro, fatto nella Clinica del prof. Caronia, esamina, con sereno spirito critico, il dominio della anafilassi nel campo pediatrico, e con prudente metodo clinico ne dimostra l'influenza per quanto riguarda la patologia infantile.

L'anafilassi alimentare è la meno discutibile delle manifestazioni del tipo immunitario in questione e nel bambino essa trova un terreno vergine di sensibilizzazioni e dissensibilizzazioni.

Molte sindromi morbose infantili traggono, dall'anafilassi, una spiegazione ragionevole, e dall'antianafilassi una terapia feconda di successi. Donde l'utilità di conoscere e riconoscere, con opportuni mezzi d'indagine diagnostica, questi stati di sensibilizzazione, per combatterli adeguatamente.

Questo si apprende dalla lettura del libro che A. Drago ha scritto con precisione, con chiarezza, con ampio studio della letteratura, con convincente casistica personale. Specialmente interessanti e di pratica utilità sono le ricerche sui disturbi gastrici ed enterici dei bambini sensibilizzati.

L'edizione del libro — ciò che non guasta — è lussuosa e di buon gusto.

g. sabatini.

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Puntata 136. Un vol. in-8° di 260 pag. con fig., Urban e Schwarzenberg, edd., Berlino, 1924.

Il presente fascicolo è il terzo fra quelli dedicati alle ricerche sugli esseri unicellulari. In esso troviamo la monografia di E. Pribram e F. Zach sui principali metodi di studio dei funghi (Ustilaginee, Ifomiceti, ecc.) con accenni anche ai punti principali della nomenclatura

Lo stesso Pribram, in collaborazione con F. Fuhrmann, tratta poi i metodi di studio dei batteri, descrivendo quelli per le colture, l'isolamento e l'esperimento sugli animali. *fil.*

LESIEUR C. e MOURIQUAND G. *Diagnostic par les méthodes de laboratoire au lit du malade.* Vol. in-16°, pag. 200. Baillière, Paris. Fr. 6.

Gli AA. espongono i procedimenti usati per la raccolta degli umori, dei prodotti patologici e per i loro esami correnti, non citando che i metodi più comuni e per i quali non occorre una pratica speciale.

Importante sopratutto è la terza parte nella quale sono riassunti i principali caratteri, morfologici e culturali dei microbi o parassiti comuni: una classificazione per ordine alfabetico permette al lettore di prenderne subito visione.

Comodo è il formato; scritto con stile chiaro, conciso, questo volume sarà utile tanto agli studenti che vi apprenderanno come debbono procedere per eseguire ricerche di laboratorio, quanto ai medici pratici che potranno così avere sempre a portata di mano la tecnica degli esami speciali.

A. POZZI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 27 dicembre 1924.
Presidenza: Prof. V. ASCOLI, presidente.

Valore clinico della reazione glicemica.

Prof. S. SILVESTRI. — L'O. riferisce sul valore clinico della reazione glicemica provocato con la ingestione di quantità relativamente piccole di zuccheri e ne trae conseguenze diagnostiche e rivelatrici dell'alterato ricambio degli idrati di carbonio.

Il socio prof. BAGLIONI domanda se ha potuto notare variazioni nel quoziente respiratorio. Il SILVESTRI risponde di non aver praticato tale ricerca, pur riconoscendo il valore che essa potrebbe avere.

Malaria grave con manifestazioni cutanee a tipo papuloso.

Prof. M. GHIRON e dott. MELDOLESI. — Il prof. GHIRON anche a nome del dott. MELDOLESI illustra un caso clinico di malaria in cui l'elemento clinico culminante era una manifestazione cutanea papulosa; di tale manifestazione dà le note cliniche e bioptiche.

Setticemia da micrococco melitense e setticemia da bac. di Bang nell'uomo.

Dott. A. ALESSANDRINI e prof G. FICAI. — Per la parte epidemiologica il FICAI, per la parte sierologica l'ALESSANDRINI comunicano i risultati delle loro ricerche a proposito dell'infezione da micrococco melitense e da bac. di Bang. Essi giungono alla conclusione che sotto il nome di Melitense sono confuse due setticemie; l'una da M. di Bruce e l'altra da b. di Bang. Quest'ultimo secondo gli AA. è patogeno per l'uomo ed è distinguibile per il comportamento particolare delle agglutinine, le quali resistono a + 65°. Gli AA. danno indicazioni per la cultura del B. di Bang e trovano che la prima cultura riesce meglio in brodo fegato. (Cfr. questo periodico, fasc. 4, p. 113).

Il socio prof. LEVI DELLA VIDA si congratula per i risultati ottenuti e ricorda alcune sue ricerche su un'epidemia da melitense. Comunica di aver saggiato sieri che davano positiva l'agglutinazione per il melitense mentre con essi l'agglutinazione del B. di Bang fornitogli dagli OO. è stata negativa.

Seduta ordinaria del 31 gennaio 1925.
Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

Sulla patogenesi del carbonchio interno.

Prof. G. SANARELLI. — Studiando l'azione dei succhi digerenti sui batteridi carbonchiosi e sulle loro spore, l'O. ha osservato che i batteridi asporulati sono uccisi rapidamente, non appena arrivati nella cavità gastrica. Ma, anche se i batteridi riuscissero a varcare il piloro e a passare nell'intestino, sarebbero ugualmente nella impossibilità di moltiplicarvisi perchè il succo enterico è, per essi, nettamente microbicida.

Le spore carbonchiose deglutite, attraversano, invece, inalterate, la cavità dello stomaco. Ma, giunte nel contenuto intestinale, contrariamente a quanto si ritiene oggi dagli autori, le spore trovansi nella impossibilità di germogliarvi e di prolificarvi. I succhi intestinali permettono bensì lo sviluppo di molte specie microbiche, ma impediscono assolutamente, sia *in vivo* che *in vitro*, il germogliamento delle spore carbonchiose.

L'azione antigerminativa del succo enterico verso le spore del carbonchio ha, perciò, un carattere specifico.

Premesso ciò, SANARELLI conclude che è ben difficile ammettere esser dovuto alla proliferazione enterica dei batteridi, quel particolare quadro morboso che, in patologia umana e veterinaria, è noto sotto il nome di « micosi carbonchiosa intestinale » o « carbonchio intestinale ».

Oltre a ciò SANARELLI ha dimostrato che proiettando attraverso le aperture nasali dei conigli, 2 cmc. di soluzione fisiologica contenente spore carbonchiose, buona parte di queste spore arriva fino agli alveoli polmonari.

Se la dose delle spore proiettate, in tal guisa, è eccessiva (100,000), esse germogliano in parte e gli animali muoiono di carbonchio. Se, invece, la dose è minore (50,000) gli animali sopravvivono. In questo caso la setticemia carbonchiosa non si sviluppa, perchè le spore vengono fatte, nella loro totalità, prigioniere dei fagociti polmonari e trasportate subito nella circolazione generale e nei vari organi. Quivi esse si annidano e rimangono in condizioni di vita latente, anche per molti giorni.

Ma gli animali resi così « portatori » di spore, fino a che queste non siano state digerite dalle cellule o scaricate nell'intestino, sono esposti a morir di carbonchio.

Per scatenare, in questi casi, il carbonchio basta collocare i conigli « portatori » in un ambiente riscaldato a 37°, sottoporli a un regime alimentare povero d'acqua, ovvero iniettare nei loro organi, nei loro tessuti o nella circolazione generale, talune sostanze dotate di proprietà citolitiche, fra queste anche la semplice acqua distillata.

In tal guisa si spiega il meccanismo patogenetico del carbonchio detto « interno » o « spontaneo ».

Di una nuova forma morbosa osservata nella Prussia orientale (Haffkrankheit).

Prof. B. Gosio. — L'O. descrive una epidemia insorta tra i pescatori nella Prussia orientale. Ne dà le note cliniche principali e ne discute la patogenesi. L'O. è del parere che la spiegazione più verosimile è l'intossicazione arsenicale da inalazione per prodotti arsenicali sviluppatisi dai prodotti di rifiuto contenenti arsenico incanalati nella insenatura lacustre dell'Haff. (Cfr. questo periodico, fasc. 1, p. 13 e fasc. 5, p. 161).

Il prof. Sanarelli chiede se era stata fatta la analisi dei gas, e quali misure erano state prese.

Il prof. Puntoni ritiene che andrebbero studiati anche gli schizomiceti come causa provocatrice di esalazioni arsenicali.

Il prof. Gosio risponde che non furono fatte analisi dei gas e che non ancora è stata adottata misura alcuna.

E. Grossi.

Società Medica spedaliera di Brescia.

Seduta del 18 dicembre 1924.

Presidenza: dott. Betti, presidente.

Sul fenomeno di Flint. (Rumore presistolico nella insufficenza aortica senza stenosi mitralica).

Dott. R. Ceruti. — L'O. partendo dall'osservazione di un caso clinico di insufficenza aortica con concomitanza d'un lieve e breve rumore che può anche esser stimato presistolico, mette in rilievo, sulla guida dei lavori originali del Flint, la nessuna precisione con cui questi indica i caratteri del suo rumore presistolico, e dimostra come nel caso presente, il rumore può bensì essere il presistolico descritto dal Flint, ma ad ogni modo manca delle note distintive di « rumore pressato e rumore stroncato dal netto chioccare del primo tono ». Tali note secondo l'esperienza del primario prof. Sacconaghi e quella dell'O. possono venire in campo quando il rumore si vuol porre fondamento della diagnosi di stenosi mitralica. Così si spiega la ragione per cui alcuni autori hanno trovato e altri no il fenomeno del Flint.

Il prof. Sacconaghi, a proposito di ciò, e, se mai, a temperare la dichiarazione sua finora negativa affatto sul fenomeno di Flint, presenta una cardiopaziente nella quale, in assenza di ogni fenomeno arterioso di insufficenza aortica ma con radiogramma cardiaco da sola insufficienza aortica, si ascolta sullo sterno un rumore diastolico e verso l'apice un rumore diastolico di qualità un po' differente e con chiaro pressamento presistolico al primo tono. Date le tipiche note di questo secondo rumore, crede che almeno una stenosi mitralica esista, se deve giudicare dalla sua esperienza generica; però, finchè manca l'autopsia, non può disconoscere il dubbio che il reperto radiologico pare ribadire. Di casi analoghi ne ha osservati parecchi, ma non mai con esame radiologico nè autopsia.

Il prof. Secchi ricorda una sua classificazione dei soffi cardiaci in organici secondari e semplici pubblicata sul « Pensiero Medico » del 1920. Il soffio presistolico è quasi sempre indizio di stenosi organica della mitrale. Sono stati però descritti dei soffi presistolici funzionali, tra cui quello di Flint e quello della stenosi mitralica cardiospastica del De Renzi; ambedue però sono assai rari e non da tutti ammessi.

Thomayer (*Sémaine méd.*, 1905) crede che il soffio di Flint possa essere in rapporto colla dilatazione del ventricolo sinistro perchè egli l'ha visto scomparire quando il volume del ventricolo ritornava normale. Comunque non pare che detto soffio possa dipendere direttamente dal reflusso aortico, perchè la insufficenza delle valvole aortiche è molto frequente, mentre il fenomeno di Flint è assai raro. Invece sono abbastanza frequenti dei brevissimi rumori presistolici ed anche sistolici alla punta sulla origine dei quali non vi è nulla di chiaro.

L'O. crede che possano dipendere da una specie di incoordinazione dei vari fattori che concorrono al perfetto funzionamento idraulico della valvola e dell'orificio, da una vera atassia mitralica, perchè tali rumori sono più spesso constatabili in individui con eretismo e nevrosi del cuore.

Un caso di esoftalmo intermittente da varici dell'orbita portato a guarigione.

Prof. Raverdino. — L'O. fa rilevare la assoluta mancanza di comunicazioni le quali si riferiscano a casi di esoftalmia da varici portati a guarigione. La massima parte delle comunicazioni sull'argomento, non parlano affatto della cura di tale forma morbosa; quelle che ne parlano espongono solamente criteri curativi senza però comunicarne i risultati. Un solo A. in un caso speciale ha trattato la esoftalmia chirurgicamente: però l'O. espone le ragioni per cui non sono da attendersi buoni risultati da un atto operativo quando si tratti di esoftalmia vera dipendente da varici profonde dell'orbita.

In uno di questi casi l'O. ha eseguito delle iniezioni profonde nell'orbita di chinino ed uretano ottenendo con due sole iniezioni la guarigione della malattia, la quale durava da quasi venti anni, e che in questi ultimi tempi aveva subìto un aggravamento tale, da obbligare il malato a desistere dal lavoro.

L'O. spiega poi brevemente l'azione del medicamento usato per provocare il processo di guarigione nell'ammalato da lui presentato, e che rappresenta pertanto il primo caso di esoftalmia da varici che si possa considerare guarito.

Betti.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Il dolore alla spalla come indizio di rottura di gravidanza ectopica.

La diagnosi precoce di rottura di gravidanza extrauterina è di grande importanza per il medico pratico, il quale deve tener conto di ogni segno che lo metta sulla buona via. Sul segno del dolore alla spalla hanno richiamato l'attenzione parecchi autori, ed ora A. Corvese (*Boston medical and surgical journal*, 11 dicembre 1924) conferma il suo valore.

Trattasi di un dolore risentito alla sommità della spalla e dovuto all'irritazione delle terminazioni del nervo frenico, e avvertito sull'area cutanea innervata dallo stesso segmento spinale che dà origine al nervo frenico, per lo più nell'area del terzo e quarto nervo cervicale. Si ammette in generale che il frenico dia rami sensitivi alle superfici pleurale e peritoneale del diaframma, eccetto che alla periferia che riceverebbe i rami sensitivi dal 6° al 12° nervo intercostale. Ma siccome la porzione centrale del diaframma è innervata dal frenico, qualunque irritazione di essa si traduce con un dolore al collo ed alla spalla dallo stesso lato.

Il dolore alla spalla associato con la rottura di gravidanza ectopica può quindi essere causato soltanto da un'effusione sanguigna nella regione sottodiaframmatica. In generale, il dolore sarà sentito nella spalla corrispondente al lato in cui si è verificata la rottura, ma se l'emorragia è molto profusa, può essere tanto esteso da risentirsi come bilaterale. Il dolore è avvertito in parossismi di estrema gravità ed è rinforzato dalla respirazione profonda. La localizzazione laterale, però, non è del tutto sicura, poichè si conosce un caso di rottura della tuba di sinistra in cui il dolore era avvertito a destra.

Per quanto riguarda la diagnosi differenziale, si deve tener presente quanto segue.

Lo « shock » ed il collasso che stanno ad indicare l'improvvisa emorragia interna che segue frequentemente la rottura della gravidanza ectopica, si osservano meno frequentemente in altre condizioni di irritazione del diaframma.

Nel caso di perforazione di ulcera pilorica o duodenale, il dolore è sentito, di solito, alla fossa sopraspinosa destra od al processo acromiale destro, meno comunemente sulla clavicola destra.

La rottura di una cistifellea infetta provoca pure dolore, che è però localizzato alla fossa sopraspinosa destra, ovvero alla regione acromiodeltoidea.

Evidentemente il valore di questo sintomo dipende dall'abilità del medico che deve metterlo in relazione con altre indicazioni che si trovano nell'adome od altrove.

fil.

La radiografia del feto durante la gestazione.

Favreau, Lobeau e Bosch (*Presse Médicale*, 1 ottobre 1924) su numerose osservazioni attirano l'attenzione sulla necessità di volgarizzare l'utilità della radiografia del feto nell'utero. Questa rivela l'ombra dello scheletro fetale in alcuni casi all'inizio del 4° mese di gestazione: nella massima parte dei casi dopo il 4° mese e mezzo, in tutti i casi dopo il 5° mese.

Ritengono la radiografia prezioso mezzo diagnostico nei casi dubbi quando non è percepibile il battito fetale; nei casi di gravidanza gemellare; nei casi di idramnios e di idrocefalo; nei casi in cui occorre diagnosi precisa di presentazioni del feto, quando per condizioni speciali i mezzi fisici d'indagine sono dubbi.

F. RICCARDI.

CASISTICA E TERAPIA.

Principali forme anatomo-cliniche del cancro dello stomaco caratterizzate dalla presenza di acido cloridrico libero.

In generale, negli individui affetti da cancro dello stomaco il succo gastrico, prelevato a digiuno, non contiene acido cloridrico libero.

Dopo il pasto di prova esso è presente nel 20 % dei casi, ma in quantità inferiore alla normale (Hayem e Lion).

Pauchet e Hirchberg (*Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, n. 7, 1924), su 63 malati di cancro dello stomaco trovarono acido cloridrico libero in 16 casi (in 6 a digiuno ed in 10 dopo pasto di prova).

In molti si nota ipercloridria.

In queste circostanze la diagnosi precoce è assai dfificile poichè si suol pensare all'ulcera gastrica.

I casi di cancro dello stomaco nei quali si ha la presenza di HCl libero si possono riunire in tre gruppi:

1) *Ulcera-cancro* (7 casi): Soggetti dispeptici da lungo tempo (20 anni) con ipercloridria. La lesione somiglia all'ulcera callosa semplice e la diagnosi di cancro si fa soltanto coll'aiuto del microscopio, col quale si riconosce che il fondo, fibroso, è modicamente infiltrato da elementi neoplastici. Il focolaio neoplastico principale, poco

esteso, è limitato alla mucosa dei margini dell'ulcera; la mucosa vicina è normale e solo qualche volta mostra l'esistenza di piccoli isolotti di metaplasia intestinale. La propagazione in profondità avviene per via linfatica perivascolare o perinervosa; i gangli non vengono invasi.

In conclusione si tratta di focolai neoplastici che per lungo tempo rimangono ben circoscritti e quindi in questi casi la resezione ampia dà ottimi risultati.

2) (6 casi): Questo gruppo comprende i piccoli cancri ulcerati descritti da Deguignaud e nei quali l'ulcerazione suole essere secondaria al processo neoplastico stabilitosi. Ciò malgrado, la diagnosi istologica differenziale tra ulcera e cancro è spesso difficilissima. Per lo più si tratta, in questi casi, di individui dispeptici da 5 e più anni.

3) (5 casi): Questo gruppo è caratterizzato dal lato anatomo patologico da una larga ulcerazione superficiale della piccola curvatura, iuxtapilorica. Si suol trattare di pazienti dispeptici da un periodo di tempo che va dai 2 ai 10 anni circa e nei quali è assai difficile porre precocemente la diagnosi. La presenza nel succo gastrico, a digiuno, di HCl libero in quantità considerevole e la evoluzione lenta fanno propendere per la diagnosi di ulcera semplice. In generale manca o è limitata la diffusione ai gangli linfatici; la mucosa vicina è poco o nulla alterata; perciò la prognosi è, dal lato istologico, favorevole.

A differenza dei cancri dello stomaco ad evoluzione rapida e che si accompagnano ad anacloridria, i casi nei quali è presente HCl sono destinati, dal punto di vista chirurgico, a maggiore fortuna.

ALFREDO PARLAVECCHIO.

L'endotelioma primitivo del peritoneo.

Di questa forma rara, F. Russi (*Riforma medica*, 6 ottobre 1924) ha avuto occasione di osservare due casi. Nell'uno, un uomo di 28 anni, il paziente aveva incominciato ad avvertire molestia e poi dolori al ventre con alvo stittico; questo, in seguito si fece a volte diarroico, mentre poi i dolori si esacerbavano in crisi, specialmente notturne, con stimolo frequente alla minzione. La palpazione profonda del colon ascendente e del cieco risvegliava dolore. Nel quadrante superiore destro si palpava, durante le profonde inspirazioni, un tumore di forma allungata, come un salsicciotto, di consistenza dura, fibrosa, a superficie liscia, leggermente dolente e sfuggente sotto la mano. Non si avvertivano tracce di versamento peritoneale. Con il sussidio dell'esame radioscopico, venne fatta la diagnosi generica di coloma dell'angolo epatico, con crisi di pseudoocclusione e sindrome vescicale reflessa, mentre la diagnosi di causa era incerta fra la natura tubercolare, la sifilitica e la neoplastica. In seguito, si ebbe notevole versamento nel peritoneo e nelle pleure. All'autopsia, si rinvenne nel quadrante superiore destro addominale un vasto piastrone, che in certi punti aveva lo spessore di 4-5 cm., di colore giallo-grigiastro, fissato alle pareti dell'angolo epatico del colon, il quale presentava la parete stenosata. L'esame istologico diagnosticò l'endotelioma primitivo del peritoneo.

Un altro caso venne osservato in una donna di 30 anni, che accusava dolore modico e continuo all'epigastrio, alvo stittico, qualche volta vomito, diminuzione notevole di peso. All'addome, si palpava nella regione epigastrica una tumefazione dura, fibrosa, formante un lungo piastrone disposto trasversalmente, con limiti netti verso i lati e perdentesi in basso nella regione mesogastrica con superficie bernoccoluta. Modico versamento libero nel peritoneo, e nella pleura. All'atto operatorio, si riscontrò che l'omento era sostituito da un piastrone di aspetto lardaceo con superficie giallo-grigiastra, dello spessore massimo di 6-7 cm. Il tumore venne asportato, ma la malata, per le gravi condizioni cardio-renali, venne a morte in quarta giornata. Anche in tal caso la diagnosi istologica fu di endotelioma primitivo del peritoneo.

L'A. conclude osservando che l'endotelioma primitivo del peritoneo non è poi tanto raro come si crede e che esso, al contrario di quanto si afferma, può verificarsi anche in soggetti giovani. Esso ha decorso rapidamente evolutivo e si presenta con quadri clinici diversi, a seconda dell'organo addominale presso al quale si sviluppa.

fil.

Sull'opportunità di radioterapizzare i pazienti operati di cancro della mammella.

Da una statistica desunta da 66 casi di cancro della mammella, dei quali 35 solamente operati e 31 radioterapizzati dopo l'operazione, risulta quanto segue:

In un primo gruppo comprendente 19 casi di tumori non più grandi di un uovo di gallina, senza aderenze coi tessuti vicini, e senza metastasi ghiandolari, si ebbe indistintamente il 100 per 100 di guarigioni (controllate in un periodo dai 3 ai 5 anni). In un secondo gruppo di 29 casi di tumori aderenti alla cute o ai muscoli, e con uniche metastasi nelle ghiandole ascellari, la guarigione si ebbe solo nel 50 per 100 dei pazienti sottoposti all'intervento operatorio, mentre negli altri, operati e radioterapizzati, si ebbe il 69 e il 50 per 100, rispettivamente dopo 3 e 5 anni.

In un ultimo gruppo di 18 casi di tumori ulcerati, con metastasi estese, nessun paziente sopravvisse 5 anni all'operazione, nemmeno se radioterapizzato in secondo tempo; e dopo 3 anni si osservò tra i curati in maniera mista appena il 37 per 100 di guarigioni.

L. Simon e W. Wollner (*Münch. Med. Woch.*, n. 47, nov. 1924) si credono da ciò autorizzati a concludere che la prognosi nei tumori della mammella è dipendente fondamentalmente da una operazione precoce ed estesa quanto più è possibile.

La radioterapia in secondo tempo, praticata con dosi al disotto delle cosidette « dosi carcinoma » può essere giovevole, ma deve essere protratta per un anno e mezzo, prima ogni 6 settimane, poi ad intervalli più lunghi.

M. FABERI.

La roentgenterapia preventiva post-operatoria del cancro della mammella.

Béclère (*Journal de radiol. et d'électr.*, 1924) riferisce i primi risultati ottenuti nella Clinica chirurgica di Tubinga mediante irradiazione locale profonda dopo asportazione della mammella, secondo i quali Perthes anzichè una diminuzione notava un aumento nel numero delle recidive. Simili erano quelli di Tichy dell'Università di Marburgo dai quali risultava che il numero dei malati sopravvissuti era maggiore in quelli nei quali venivano usate dosi di irradiazioni insufficienti. Dall'ultimo resoconto di Perthes al Congresso della Società tedesca di Urologia nel 1923 emergono risultati varî nelle diverse Università constatando che i migliori si hanno in quelle cliniche fornite di apparecchi antichi e quindi capaci di terapia debole. Tale osservazione è stata confermata a Stocolma da Forsell che aveva risultati soddisfacenti dopo irradiazioni che si possono considerare antiche. Da una statistica di Anschutz che ha diviso 330 casi trattati nella Clinica chirurgica di Kiel in piccoli cancri, mobili, senza metastasi palpabili, cancri con aderenze periferiche e gangli ascellari, e cancri molto estesi, i risultati invece sono buoni, avendosi delle percentuali di guarigioni quasi doppie colle irradiazioni profilattiche dopo asportazione chirurgica che non con la semplice operazione. Wassink in una recente statistica di 200 malate operate ed irradiate ad Amsterdam sia a scopo profilattico come curativo, dopo ricomparsa di recidiva, dà risultati buoni. Come deduzione pratica l'A. è in grado di affermare che dopo una exeresi completa della mammella con vuotamento dei gangli l'applicazione dei raggi a dose moderata ed a scopo profilattico per le recidive locali e per le metastasi linfatiche è consigliabile, mentre è da evitare l'applicazione dei raggi profondi. La ragione per cui le dosi forti favoriscono le recidive oltrechè nella diversa radiosensibilità delle cellule si deve ricercare nell'azione dei raggi sui tessuti circonvicini, cellule fisse o mobili che vanno sotto il nome di tessuti connettivi ed ai quali è attribuita una certa resistenza contro lo sviluppo del neoplasma (difesa locale), azione che si manifesta col cosidetto edema duro cronico da raggi ed all'azione di essi su tutto l'organismo come dimostrano le alterazioni del sangue, gli induramenti polmonari descritti da Wintz.

R. BRANCATI.

Intubazione dell'esofago per tumore maligno.

H. S. Souttar (*Brit. med. Journ.*, 1924, pag. 782) ha più volte praticato, in esofago neoplastico, mediante l'esofagoscopio l'intubazione con un tubo metallico costituito da una stretta spirale di argento, che lascia in posto. Esso non dà decubiti e permette una buona nutrizione. Se il tumore è del cardias, per evitare l'espulsione del tubo occorre ripiegarne l'estremità. Questi tubi hanno il diametro di 6-10 mm. e sono lunghi circa 7-8 cm.

DORIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Azione del cloroformio e della trombina sui liquidi di idrocele.

I liquidi d'idrocele, osserva Lisbonne (*Soc. de Biologie*, 12 aprile 1924), non sono spontaneamente coagulabili quando si tratta d'idrocele essenziale anche aggiungendo del siero di sangue o del cloroformio contrariamente a quanto avviene per i liquidi di idrocele sintomatici nei quali bastano traccie di siero o di cloroformio per aversi la coagulazione. Quando si somma l'azione delle due sostanze allora anche il liquido di idrocele essenziale rapidamente coagula.

Il meccanismo si spiegherebbe con l'ammettere che nel liquido è contenuta una sostanza anticoagulante, un'antitrombina che verrebbe distrutta dal cloroformio. Intanto il liquido degli idroceli sintomatici che coagula con la aggiunta di minime quantità dell'una o dell'altra sostanza può nettamente distinguersi dal liquido degli idroceli essenziali dove non si ha coagulazione con l'aggiunta di siero o di cloroformio separatamente ma quando si usano contemporaneamente. Una distinzione non può esser fatta con la reaz. di Rivalta che è quasi sempre positiva tanto negli idroceli essenziali quanto nei sintomatici.

BRANCATI.

Azione della irradiazione di diversi territori sulla coagulabilità del sangue.

In una nota antecedente Pagniez, Ravina e Solomon (*Soc. de Biologie*, 1924) hanno mostrato i risultati della irradiazione della regione splenica secondo Stephan per cui in 12 su 15 soggetti avevano osservato una diminuzione del tempo di coagulazione. In seguito hanno visto che anche l'irradiazione del fegato, del polmone dava lo stesso accorciamento. Ora hanno portata l'irradiazione sui grossi vasi. In 10 soggetti hanno irradiata la femorale al triangolo di Scarpa utilizzando un localizzatore di 10 cm. ed in tutti i casi si è verificato un accorciamento del tempo di coagulazione (come dopo irradiazione della milza. Risultati analoghi hanno avuto irradiando l'omerale, la carotide e finalmente il palmo della mano. Questo ultimo modo ha fornito il mezzo di un esperimento nuovo: l'irradiazione ad arto esangue per mezzo d'una fascia di Esmark. Così facendo non hanno osservata alcuna variazione del tempo di coagulazione. Negli stessi soggetti è stata qualche giorno appresso irradiata l'altra mano ed in 4 su 5 si è verificato l'accorciamento. Quindi l'azione dei raggi X non si esplica sui parenchimi ma sul sangue ed all'interno dei vasi non avendo alcuna azione, come hanno precedentemente visto, nel sangue in vitro. BRANCATI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla sterilizzazione del materiale per medicatura. — All'abb. n. 11587:

Il materiale di medicatura non può essere sterilizzato in modo sicuro che con l'autoclave; e poichè la sterilizzazione è basata sulla penetrazione del vapore acqueo a pressione equivalente ad una temperatura di 120-130 gradi, occorre che il materiale di medicatura non sia disposto in modo stipato nei cestelli e questi siano forniti di adatti fori per assicurare la circolazione del vapore. Dopo la sterilizzazione, per prosciugare il materiale di medicatura, che resta umido, bisogna mantenere i recipienti per un po' di tempo al calore secco. In recipienti ermeticamente chiusi il materiale può essere sterilizzato al calore secco, ma occorre che la temperatura sia mantenuta per almeno un'ora tra 160 e 180 gradi. Il materiale però si altera.

BRANCATI.

Esercizio dei medici italiani al Brasile. - All'abb. n. 8644:

Ella troverà le notizie che le interessano nel fascicolo 6 del *Policlinico* dell'anno in corso.

COL.

VARIA.

Fisiologia e patologia in alta montagna.

Il clima d'alta montagna agisce sull'organismo provocando un'eccitazione ed un'esagerazione dei fenomeni fisiologici. Ma, osserva Loewy (*Revue médicale de la Suisse Romande*, novembre 1924) occorre fare una distinzione tra fatti passeggeri e persistenti. I primi si hanno subito dopo il passaggio dal clima basso a quello alto e durano poco, mentre gli altri si hanno dopo un soggiorno prolungato e sono più duraturi.

Un fenomeno molto conosciuto è quello dell'aumento della frequenza respiratoria e circolatoria, che si manifesta subito e dura solo qualche settimana. Analogamente si comporta la pressione sanguigna ed il metabolismo.

La profondità invece dei movimenti respiratori è durevolmente aumentata, per cui la ventilazione pulmonare è migliorata, il contenuto d'acido carbonico negli alveoli pulmonari diminuisce, mentre aumenta quello di ossigeno. Con il ritorno ai climi bassi si ritorna alle condizioni precedenti. L'aumento dell'eliminazione dell'acido carbonico, provoca una riduzione del tasso della stessa sostanza nel sangue. Poichè esiste una relazione tra il contenuto d'acido carbonico e di bicarbonato nel sangue, la prevalenza di quest'ultimo provoca eccesso d'alcalinità, del resto transitoria perchè gli alcali eccedenti sono rapidamente eliminati per la via dei reni.

Il contegno del sangue in alta montagna è stato oggetto di molti studi. Sono stati constatati oltre la frequenza di emazie nucleate, altri segni caratteristici della iperproduzione di elementi giovani: anisocitosi, poi policromasia ed infine aumento del consumo di ossigeno da parte dei corpuscoli ematici. Le esperienze fatte su animali tenuti per 24-48 ore in aria rarefatta corrispondente a 4000 m. di altezza hanno confermato tali fatti ed hanno messo in evidenza nel siero sostanze capaci di accelerare la rigenerazione del sangue in animali della medesima specie resi anemici a mezzo di salassi. A queste sostanze è stato dato il nome di *emapoietine*.

Ma oltre la iperproduzione di eritrociti e di emoglobina in alta montagna si ha aumento della massa totale del sangue.

La circolazione e la pressione capillare non subiscono apprezzabili modificazioni, ciò che non sarebbe favorevole alla teoria meccanica dei fenomeni del mal di montagna. Secondo questa teoria la diminuzione della pressione atmosferica provocherebbe un afflusso di sangue alla pelle ed ai polmoni, donde una specie di stasi che provocherebbe il malessere, così come nelle cardiopatie.

Il metabolismo totale, come risulta dalla valutazione dello scambio gassoso, è notevolmente modificato. Si ha un aumento variabile a seconda gli individui e le altezze, il quale è persistente a grandi altezze che importano tra l'altro una deficienza d'ossigeno nell'atmosfera. Inoltre l'organismo si arricchisce di albumina di già a 500-1000 metri e persistentemente oltre i 3000 metri. Talvolta si ha l'inverso, una perdita considerevole di albumina, che si rileva con la comparsa di elementi anormali nelle urine.

I fattori calorici dei climi alti, il freddo, il vento, la secchezza dell'aria, hanno anch'essi azione sull'organismo, ma non differente da quella che hanno nei climi bassi. Fa eccezione l'energia di irradiazione, in quanto la radiazione del sole è più intensa non solo quantitativamente, ma anche perchè in alta montagna sono più abbondanti i raggi violetti ed ultravioletti di corta lunghezza di onda, che hanno una particolare azione chimica. L'acido nucleinico ed i suoi derivati: la xantina, la guanina, l'allantoina, l'a. urico, sono più attivamente decomposti. Nei diabetici si constata diminuzione di zucchero nel sangue e nell'urina ed in alcuni casi anche della eliminazione dell'acetone. E' probabile che tali fatti siano in rapporto con modificazioni dei fermenti che governano gli scambi nutritivi.

Probabilmente le radiazioni producono tale influenza agendo sulla pelle. L'azione dei raggi ad onde corte è provata dalla comparsa di pigmentazione e di processi infiammatorii: eritema, tumefazione, vescicole. Non è dubbio che i prodotti infiammatori della pelle passano nell'organismo, come è provato dalle frequenti elevazioni febbrili; e nella formazione di pigmenti si ha anche un passaggio nel circolo di prodotti formati nella pelle. Comunque la pigmentazione è accompagnata da una irritazione cutanea, che determina una forte rigenerazione delle cellule basali dell'epidermide accompagnata da decomposizione delle cellule stesse per modo che la melanina formata localmente passa in circolo. L'esperienza clinica poi conferma che dopo l'esposizione ai raggi stessi circolano nel corpo sostanze particolari, altrimenti non sarebbe comprensibile che i processi tubercolari della pelle possono essere favorevolmente influenzati, anche quando sono esposte ai raggi parti sane e non direttamente quelle affette.

Il clima di alta montagna è particolarmente giovevole per gli individui affetti da tubercolosi pulmonare. Nel sangue si ha un aumento del contenuto corpuscolare ed emoglobinico. L'aumento degli elementi figurati è tanto più sensibile quanto più anemico è il soggetto.

L'aumento della respirazione è notevole; ed è strano che questo fatto favorisca la guarigione delle lesioni tubercolari del pulmone, mentre i concetti informatori della terapia pneumotoracica tenderebbero a far ritenere che sia invece il riposo dei polmoni più giovevole ai tubercolotici. Il riposo in alta montagna può in certo modo diminuire la ventilazione pulmonare, ma questa, con le condizioni climateriche della montagna, rimane sempre maggiore in confronto di quel che era al piano. Quindi i successi delle cure di riposo nei climi alti non possono essere messi in rapporto con la pretesa condizione di riposo dei polmoni.

Il soggiorno in alta montagna ha anche una azione curativa su le aderenze pleuriche, l'enfisema, il diabete e la gotta. Anche le crisi asmatiche si rarefanno o cessano del tutto. Qualche osservazione farebbe pensare anche ad un'azione favorevole sul morbo di Basedow.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

MASOTTI PIERO. *Raro esito di un caso di appendicite.* — Milano. Soc. Ed. Libraria, 1923.

ID. *La tubercolosi laringea e la gravidanza.* — Milano, Soc. Ed. L. Nari, 1923.

VIGLINO CAMILLO. *La sessualità sotto l'aspetto filosofico.* — Roma, Casa Ed. « Leonardo da Vinci », 1923.

MINERBI CESARE. *Alcuni appunti pratici intorno alla semeiologia fisica del versamento pleurico (con uno studio riguardante il determinismo acustico del fremito vocale tattile).*

MITRA MARIANO. *Azione del b. bulgaro E. B. dell'acido lattico in vari processi purulenti.* — Milano, Martini & Mattazzi, 1923.

MONDOLFO EMANUELE. *Ricerche di fonendoscopia. Nuovo apparecchio per la percussione ascoltata.* — Firenze, Carpigiani & Zipoli, 1923.

NOÉ JOSEPH. *La sédentarité.* — Paris, Libr. Rousset, 1923.

REED CHARLES. *Supplement to the Law of vital Transfusion and the Phenomenon of Consciousness.* — S. Francisco, Occid. Publish. Company, 1923.

RONCHETTI V. e ROSSI F. *Contributo alla casistica della tubercolosi nella età senile.* — Milano, Antonio Cordani, 1923.

RONCHETTI VITTORIO. *Alcuni casi di lues cerebri.* — Milano, Antonio Cordani, 1923.

ID. *Cisti del pancreas.* — Milano, Antonio Cordani, 1923.

SAMMARTANO MARIO. *Osservazioni cliniche su la Tubercolosi laringea.* — Soc. Ed. Libraria, 1923.

SANGUINETI LUIGI ROMOLO. *L'ultima lezione di Leonardo Bianchi.* — Genova, Casa. Ed. Scienze e lettere, 1923.

ID. *Indagini sulle funzioni psichiche in un soggetto luetico con perdita completa del frontale.* — Napoli, F. Lubrano, 1923.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

Per il servizio sanitario nelle Ferrovie dello Stato.

Riportiamo il testo del R. D. 8 gennaio 1925, n. 34, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 26 del 1925.

Art. 1. — L'art. 82 della legge 7 luglio 1907, n. 429, modificato dall'art. 1 del R. D. 28 giugno 1912, n. 728, è sostituito dal seguente:

Il personale medico alla dipendenza del relativo Ufficio centrale sanitario compie le funzioni di assistenza, di vigilanza igienica, di consulenza, di accertamento della idoneità fisica del personale e di ispezione, secondo le norme stabilite in apposito regolamento.

I medici di riparto, i consulenti, gli specialisti ed i medici aiuti non hanno qualità di impiegati. La designazione dei medici di riparto sarà fatta da una speciale Commissione, costituita con le norme stabilite dal regolamento. La nomina, le condizioni, i casi di revoca e di dispensa, le attribuzioni e gli eventuali compensi dei detti medici, nonchè dei consulenti e specialisti, sono disciplinati dal regolamento di cui al primo comma, che verrà approvato con decreto del Ministro per le comunicazioni, udito il Consiglio d'amministrazione delle Ferrovie dello Stato e la Direzione generale della sanità pubblica.

Le concessioni delle carte di libera circolazione e dei biglietti di viaggio ai medici di riparto, ai consulenti, agli specialisti e ai medici aiuti sia in attività di servizio che dispensati dal servizio, saranno accordate nei limiti stabiliti dalle speciali disposizioni vigenti all'uopo e secondo le norme fissate dall'anzidetto regolamento.

È data facoltà al direttore generale delle Ferrovie dello Stato di procedere, in caso di circostanze eccezionali, a nomine provvisorie di medici di riparto, secondo le norme del regolamento.

Art. 2. — In via transitoria è deferita al Ministro per le comunicazioni la facoltà di rendere definitive, su proposta del direttore generale delle Ferrovie dello Stato, sentito il Consiglio di amministrazione delle Ferrovie dello Stato, e senza la designazione della Commissione di cui all'art. 1, le nomine dei consulenti, degli specialisti, dei medici aiuti e dei medici di riparto che al 1° luglio 1924 prestavano servizio in qualità di provvisori.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXII. — Nuovo indirizzo della giurisprudenza circa i ricorsi concernenti la revisione straordinaria degli organici.

La questione è nota; ce ne siamo occupati più volte, in questa rubrica, trattandosi di argomento assai delicato ed importante ai fini della difesa giurisdizionale. È utile, tuttavia, un cenno riassuntivo per dare ragione del nuovo indirizzo della giurisprudenza del Consiglio di Stato in contrasto con quello che è stato cagione di tante disordine con pregiudizio di legittimi interessi.

L'art. 4 del D. L. 27 maggio 1923, n. 1177, dispone così: « Contro i provvedimenti di cui al presente decreto è ammesso ricorso soltanto per legittimità alla IV Sezione del Consiglio di Stato o in via straordinaria al Re, esclusa qualsiasi azione giudiziaria ».

Dopo qualche incertezza, la IV Sezione ritenne che questa disposizione non derogasse alle norme comuni circa il controllo gerarchico e che perciò fosse ammessibile il ricorso in sede giurisdizionale contro i provvedimenti di per sè definitivi (dispensa dal servizio deliberata dal Consiglio Comunale o dal Commissario prefettizio, sia pure per soppressione di posto) ma si dovesse, invece, ricorrere prima in sede gerarchica contro i provvedimenti soggetti ad approvazione tutoria, salvo il ricorso al Consiglio di Stato contro il provvedimento definitivo emanato sul ricorso gerarchico.

Vedemmo subito la gravità delle conseguenze di questa risoluzione stranissima, illogica ed antigiuridica e segnalammo la necessità di una *interpretazione* autentica dell'art. 4, mediante decreto-legge, per evitare i danni e le incongruenze di una giurisprudenza ormai assodata.

La IV Sezione spinse il suo criterio alle conseguenze più estreme: dichiarò inammissibili i ricorsi contro la riforma dell'organico ma ammissibili quelli che, pur concernendo la stessa deliberazione, riguardavano direttamente la dispensa dal servizio che era effetto della soppressione del posto.

Successivamente fu corretta questa distinzione assurda e furono dichiarati inammissibili i ricorsi anche per la parte riguardante la dispensa dal servizio dipendente da riforma dell'organico.

Chiusa la via giurisdizionale immediata, furono prodotti — in molti casi con ritardo inevitabile — ricorsi in sede gerarchica.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

Circa un migliaio di reclami sono tuttora in corso presso il Ministero dell'Interno in attesa di una deliberazione contro la quale si dovrebbe poi ricorrere in sede giurisdizionale!

Ma, frattanto, la V Sezione del Consiglio di Stato, alla quale normalmente sono ora trasmessi i ricorsi concernenti enti locali, con decisione *27 febbraio 1925* ric. dott. Pugliese e Galli contro Comune di Laterza ha cambiato radicalmente giurisprudenza.

È detto nella decisione: « *Se non che un esame più approfondito della questione induce il Collegio a discostarsi dalla giurisprudenza predetta, la quale*, tuttochè ispirata al lodevole intento di accrescere le garanzie di giustizia amministrativa, *non trova fondato appoggio nella lettera e nello spirito della norma citata* ».

La decisione illustra poi, con precisione e perspicuità di criterio, le ragioni sulle quali si fonda la nuova interpretazione da essa accolta — ragioni che qui è inutile riportare — e così conclude: « Alla stregua delle suesposte considerazioni *si può affermare come non suscettibile di dubbio il principio* che i provvedimenti presi in applicazione del R. D. 27 maggio 1923, n. 1177, — anche se non definitivi, purchè, si intende, giuridicamente perfetti, muniti cioè, ove occorra, dell'approvazione tutoria — sono, per effetto della eccezionale norma di cui all'art. 4, impugnabili direttamente — omisso medio — a questo Consiglio in via di mera legittimità ».

Ma, intanto, molti ricorsi sono stati già dichiarati inammissibili irreparabilmente!

Per coloro, invece, che ricorsero in via gerarchica, sarà possibile rimediare producendo ricorso al Consiglio di Stato, sebbene fuori termine, trattandosi di errore scusabile: il ricorso sarà certamente ammesso.

Il nostro ufficio di consulenza suggerì sempre di seguire l'una e l'altra via, in vista della incertezza della giurisprudenza: chi si è uniformato a questo prudente consiglio, è al coperto da rischi.

Ma se fosse stata accolta la proposta che noi formulammo sin dalle prime decisioni dello scorso anno, se un decretino di poche parole avesse fatto interpretazione autentica dell'art. 4 del decreto 27 maggio 1923, si sarebbero evitati gli effetti, in parte ora irreparabili, di un errore tanto più grave in quanto riguardava il solo rimedio che la legge consentiva contro gli eccessi e le deviazioni di un potere eccezionalissimo, tipicamente discrezionale, che non trovava ostacolo nemmeno in diritti quesiti.

XXII. — Quando debbano esistere le condizioni di ammessibilità al concorso.

Non è esatto che basti possedere le condizioni di ammissibilità nel momento in cui si chiude il concorso per avere diritto all'espletamento del giudizio fino alla nomina. Vi sono condizioni di eleggibilità che si devono possedere anche al momento della nomina e chi le perde dopo la chiusura del concorso non ha più diritto alla nomina e, se non la Commissione giudicatrice, certamente l'autorità competente a deliberare la nomina, può senz'altro escluderlo dal concorso.

Nel caso così deciso dalla IV Sezione del Consiglio di Stato con decisione 29 novembre 1924, n. 959, si trattava di un concorso per titoli alla promozione da primi segretari di intendenza a segretari capi. La Commissione giudicatrice e il Ministero esclusero dallo scrutinio concorrenti i quali essendo ancora primi segretari alla chiusura del termine per la partecipazione al concorso avrebbero perduto tale qualità (per la nomina a conservatori di ipoteche) prima che fosse deliberata la graduatoria o proceduto alle promozioni.

È chiaro che il principio di massima che ne deriva è comune a tutti i concorsi pubblici.

XXIII. — Ricorso contro deliberazione in sede di tutela.

È inammissibile un ricorso in sede contenziosa contro una decisione della G. P. A. in sede di tutela (che elevava d'ufficio lo stipendio), essendo la decisione suscettibile di ricorso gerarchico. (Consiglio di Stato, Sezione IV, 28 novembre 1924, n. 686). Questa norma è indiscutibilmente esatta; la segnaliamo perchè è necessario averla presente. Per lo stesso principio, i provvedimenti presi in via d'urgenza dai commissari straordinari coi poteri del Consiglio comunale ed *approvati dalla G. P. A.* in sede di tutela, non rivestono il carattere di provvedimenti definitivi, essendo invece impugnabili con ricorso al Governo del Re, perchè anche nell'approvazione di cui all'art. 324 della legge comunale e provinciale (non modificato in questa parte dall'art. 106 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2839) è da vedere l'esplicazione di una facoltà di tutela nel cui esercizio la *G. P. A.* agisce in qualità di autorità governativa subordinata al governo centrale. (Consiglio di Stato, Sezione IV, decisione 5 dic. 1924, n. 716).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Le assicurazioni sociali in Inghilterra.

L'assicurazione contro la malattia, istituita in Inghilterra dal 1911, si applica soltanto ai lavoratori manuali per i quali è obbligatoria; ne è esclusa però la famiglia del lavoratore. Ne sono esclusi inoltre tutti quelli che hanno un reddito annuale superiore a 250 lire sterline, quelli che hanno una professione non manuale o che fanno parte di un'amministrazione che assicura i propri impiegati a condizioni almeno uguali a quelle delle assicurazioni nazionali. I limiti di età sono da 16 a 70 anni.

Gli assicurati, in Inghilterra e nel paese di Galles sono 12 milioni; il contributo è di un premio settimanale di 10 *pence* per gli uomini e 9 per le donne; pagato per quasi la metà dall'assicurato e per il resto dal datore di lavoro. Non vi è nessun contributo da parte dello Stato.

I diritti degli assicurati sono i seguenti: Cure mediche e medicinali, tutto gratuito: indennità di malattia di 15 scellini per gli uomini e 12 per le donne; indennità di incapacità di lavoro, rispettivamente di 7 e 6 scellini, se la malattia precedente non è terminata entro 26 settimane; premio di « parto » di 40 scellini alla moglie dell'assicurato, portato a 80 se la donna è assicurata. Per aver diritto a queste indennità, l'assicurazione deve datare da un certo numero di settimane.

Le indennità sono pagate dalle associazioni degli assicurati, dette « Società approvate ». Esiste poi, in ogni centro amministrativo, un « Comitato di assicurazione », che è incaricato del controllo generale, del servizio medico e della retribuzione dei medici. Dal 1920, il Ministero della Salute pubblica ha creato un corpo di 33 medici, agli ordini di 4 medici ispettori, incaricati di aiutare i comitati di assicurazione, di regolare le vertenze, ecc.

Ogni medico qualificato può essere medico di assicurazione; basta che si inscriva sulla lista del Comitato. Per ogni assicurato, egli riceve annualmente scellini 8/6; tempo addietro riceveva fino a 11 scellini. L'assicurato ha, ogni anno, la libera scelta del medico. Il medico tiene una scheda per ogni assicurato e la trasmette poi al collega se l'assicurato desidera cambiare di medico. Non vi è obbligo di cura per le malattie che esigono trattamenti speciali; l'anestesia è pagata a parte.

Si calcola che, annualmente, il 56 % degli assicurati è ricorso al medico; in alcuni centri industriali, la percentuale si è elevata a 70-80 %. Le malattie sono per la maggior parte senza gravità; su 1000 casi, ci sono 181,3 raffreddori e bronchiti leggere, 143,1 affezioni del tubo digerente, 12,6 casi di tubercolosi, 22,1 di malattie cardiache organiche. Le malattie gravi sono, al contrario, la maggioranza negli ospedali, dove gli assicurati sono ricevuti alle stesse condizioni che gli altri.

L'organizzazione delle assicurazioni fornisce notizie sul numero di settimane di astensione dal lavoro causata da malattie; esse rappresentano, per la media degli anni 1914-1916, il lavoro annuale di 270,000 persone. Il risultato più netto delle assicurazioni sociali è quello di estendere nell'ambiente operaio il beneficio della medicina preventiva.

(*Archives méd. belges*, novembre 1924). *fil.*

Per il prof. Silvagni.

Per il « Tributo di riconoscenza a Luigi Silvagni » ci sono pervenute le seguenti offerte:

Avio dott. Edoardo (Arquata Scrivia) . .	L.	10
Bader dott. Giovanni (Gorizia)	»	10
Ballerini dott. Enrico (Roma)	»	10
Belardinelli dott. Alfredo (Cupramontana)	»	10
Bilancioni prof. Guglielmo (Roma) . . .	»	10
Cappa dott. Ernesto (Savona)	»	10
Carruccio prof. Mariano (Roma)	»	10
Coen Cagli prof. Guglielmo (Roma) . . .	»	10
Dardano dott. Carlo (Roma)	»	10
De Benedetti dott. Ettore (Asti)	»	10
Galassi dott. Carlo (Terni)	»	10
Guelmi dott. C. A. (Pieve Porto Morone) .	»	10
Guiotto dott. Giovanni (Latisana)	»	10
Lastaria prof. Francesco (Lucera)	»	10
Levi prof. Ettore (Roma)	»	10
Mastri dott. Carlo (Roma)	»	10
Mendini dott. Alessandro (Verona) . . .	»	10
Merighi dott. Mario (Mirandola)	»	10
Modugno dott. Vincenzo (Sabbioncello San Vittore)	»	10
Mondini dott. Narciso (Bedizzole)	»	10
Parmeggiani dott. Ignazio (Finale Emilia)	»	10
Pasqualini dott. Alessandro (Savigno) . .	»	10
Piermarini G. Domenico (Fontecchio) . .	»	10
Pimpinelli dott. Francesco (Collepepe) . .	»	10
Solieri prof. Sante (Forlì)	»	10
Tucci dott. Nicola (Penne)	»	10
Venere dott. Ernesto (Terracina)	»	10
le quali, unite alle	»	90
dei sottoscrittori (Alessandri, Ascoli, Ferretti, Dragotti, Filippini, Pontano, Pozzi, Selvaggi e Verney) di cui nel fasc. 50 (1924), danno un . . . . . Totale di	L.	360

somma che, mediante vaglia della Banca d'Italia N. 0015677 del 10 marzo 1925, abbiamo versato al dott. Giovanni Pugliesi, via Livenza 7, Roma.

La sottoscrizione nelle nostre colonne è chiusa. Coloro che volessero contribuire possono rivolgersi al predetto dott. Pugliesi.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Manicomio Provinciale.* — È vacante al 1° maggio un posto di perfezionamento per medico praticante interno. Assegno L. 5000; vitto nei giorni di guardia; alloggio personale. Documenti (compreso *curriculum* universitario) alla Direzione entro il 15 apr.

ARCE (*Caserta*). — 1ª cond., centro. Scad. 30 gg. dal 1° marzo. Vedi fasc. 11.

BORGOVEZZARO (*Novara*). — Scad. 31 mar.; Lire 8000 fino a 400 pov., addizion. L. 1000 oltre; 10 bienni ventes.; L. 500 uff. san. fino a 3000 abit., L. 100 ogni 500 ab. in più; L. 750 bicicl.; L. 150 ambulat.

BORGOFORTE (*Mantova*). — 1ª cond. Scade 9 apr. Stip. L. 8000 e 5 quadrienni; mezzo trasp. cavallo L. 2000, motocicl. L. 1000, bicicl. L. 500; c.-v. Lire 1600 salvo le eventuali modifiche in più o in meno che saranno apportate al capitolato medico dopo l'esito delle trattative in corso fra medici e Federazione prov. dei Comuni fascisti. Vaglia L. 50.05. Docum. a 3 mesi.

BRESCIA. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanit. e direttore dei servizi sanitari del capoluogo; vedi fasc. 8. Scad. 31 marzo.

BRESCIA. *Spedali Civili.* — Primario anatomo-patologo. Proroga al 31 marzo, ore 16. V. fasc. 11.

CASTELNUOVO DI PORTO (*Roma*). — Cond.; L. 7000 e 1ª c-v.; L. 300 uff. san. Scad. 50 gg. dal 2 mar. Tassa L. 25.10. Docum. a 3 mesi. Ab. 1434; km. 27 da Roma.

CASTELNUOVO DI SOTTO (*Reggio Em.*). — 2ª cond. Scad. 10 apr. L. 8000, oltre 2 c.-v. e L. 2500 trasp. Riconoscim. servizio prestato presso altre amministrazioni.

CITTÀ DELLA PIEVE (*Perugia*). — Scad. 10 apr.; per Salci; L. 9000 e 5 sessenni dec., oltre L. 600 servizio attivo, 2 c.-v., L. 200 per locale dell'ambulatorio; età 24-35 a., salvo solite eccez. Tassa L. 50.10.

CONSELVE (*Padova*). — A tutto il 31 marzo 1925, poveri 1ª condotta. Stip. L. 8500; indennità trasp., c.-v. e di ambulatorio. Chiedere avviso alla segret. comunale.

COTTANELLO (*Roma*). — Scad. 31 marzo; stip. L. 6000 e 4 quadr. decimo; L. 1200 c.-v.; L. 2000 cav.; condotta pei poveri L. 1400. Tassa L. 50.15, al Sindaco.

DOMODOSSOLA. *Ospedale di S. Biagio.* — Primario medico. Scad. 30 apr. L. 2400 oltre 50 % tasse di cura e 60 % tasse ambulat. Lib. doc. in patol. med. o clin. med. Laurea da 10 anni.

FERRARA. *Arcispedale di Sant'Anna.* — Due medici primari, un chirurgo primario, due assistenti-aiuti di medicina e uno di chirurgia. Vedi fasc. 9. Scad. ore 17 del 31 marzo.

GALLICANO NEL LAZIO (*Roma*). — Cond.; al 31 marzo: vedi fasc. 11.

GIRGENTI. *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo-direttore dell'Ospedale civile. Scad. 22 apr. Vedi fasc. 11.

GRAZZANISE (*Caserta*). — Cond.; stip. L. 7000, più L. 2400 cavalc. e L. 500 uff. san. provvisorio. Scad. 12 aprile. Schiarimenti dalla Segreteria.

ISOLA S. ANTONIO (*Alessandria*). — Scad. 10 apr.; L. 7000, oltre L. 500 cav., L. 500 uff. san., L. 200 arm. farm.; alloggio nel Palazzo municipale; 10 bienni ventesimo. Chiedere annunzio.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e medico capo dell'Ufficio d'Igiene del Capoluogo; alle ore 12 del 15 apr.; titoli ed esami; L. 13,500 di stip. e indenn. e 5 quadr. decimo, oltre L. 2,500 indenn. carica e c.-v. come impiegati comunali; è consentito l'esercizio profess. Docum. in piego raccom. Ab. 40,120; estens. circa 1765 ha.

MELZO (*Milano*). *Ospedale S. Maria delle Stelle.* — A tutto il 31 marzo, med. chir. assistente; vedi fasc. 9.

MONTECASSIANO (*Macerata*). 2ª cond. Scad. 31 mar. L. 8000 e 3 quadrienni dec., oltre L. 2500 cavalc., doppio c.-v. Quinquennio di esercizio prof. (in condotta, cliniche, ospedali, esercito ecc.) Docum. a 3 mesi dal 28 febbraio.

PALERMO. *R. Università.* — Assistente alla Clinica medica; L. 7000 e 2 quinquenni, oltre c.-v. Prova scritta e orale clinica. Tassa di L. 50 all'Economato. Scad. 30 apr. Nomina e conferme annuali. Domande al Rettore.

PAVIA. *R. Università.* — Aiuto ed assistente di patologia chirurgica; rispettivam. L. 9500 e 7500. Età lim. 35 a., salvo per chi sia già in servizio come aiuto o assistente effettivo. Tassa di L. 50 all'Economato. Scad. 31 marzo. Prova clinica; per l'aiuto anche prova scritta e per l'assist. prova di laborat. Nomina biennale, confermabile. Domande al Rettore. Dichiaraz. di non coprire uffici retribuiti alla dipendenza di Enti pubblici.

PIANDIMELETO (*Pesaro-Urbino*). Scad. 31 mar. Consorzio 3 comuni. L. 7000, salvo aumento in corso; 10 bienni ventesimo; 1° c.-v.; L. 3000 cav.

ROMA. *Ministero della Giustizia e dei Culti.* — Nove posti di medico assistente nei manicomi giudiziarî; scad. 15 apr. Vedi fasc. 10.

S. GREGORIO DA SASSOLA (*Roma*). — A tutto 20 aprile; cond.; vedi fasc. 11.

CONCORSI A PREMI.

Premio Bufalini.

È indetto dalla R. Università di Firenze il concorso al premio Bufalini, dell'importo di L. 6000, sul valore del metodo sperimentale nella scienza. Scad. ore 15 del 31 luglio 1926. Chiedere annunzio alla Segreteria (piazza S. Marco 25).

Premio Boylston.

Questo premio triennale di medicina, dell'importo di 500 dollari, con medaglia, sarà attribuito per il 1925 al miglior lavoro di ricerche originali su qualsiasi soggetto riguardante la medicina o la chimica. Le memorie stampate o dattilografate devono essere indizzate al Dr. H. A. Christian, presidente del Comitato del « Boylston Medical Prize », Peter Bent Bringham Hospital, 721, Huntington Avenue, Boston 17, Massachusetts, S. U. d'A., prima del 31 dic. 1925. L'anonimo è d'obbligo; l'indirizzo dell'A. dev'essere sigillato a cera.

NOTIZIE DIVERSE.

La sanità pubblica alla Camera.

In sede di bilancio dell'interno, l'on. Guaccero, si occupa lungamente e diffusamente di politica sanitaria, esaminando specialmente alcuni problemi di igiene fisica e morale dell'infanzia.

L'on. Eugenio Morelli si diffonde a parlare sul problema malarico che torna ad imporsi all'attenzione del Governo. Esamina quindi i varî mezzi per ottenere una efficace profilassi contro la tubercolosi, affermando che si è battuta fin qui una falsa strada diffondendo il timore ossessionante del contagio, sì che il tubercoloso oggi è indotto a nascondere il suo male. Anche per l'ammissione ai sanatori e agli ospedali occorre semplificare le pratiche burocratiche, senza di che talvolta l'assistenza riesce tardiva e inefficace. Critica la chiusura di numerose case di cura, affermando che si è ceduto talvolta al timore ingiustificato di alcune popolazioni. Comunque, è necessario che le case di cura sorgano numerose. Critica ancora le forme di assistenza ai militari tuberlotici, accennando all'opera delle autorità preposte a tale ufficio. Propone che in quei centri ove esistono stazioni di cura, gli alberghi siano obbligati a tenere i mezzi necessari per sterilizzare gli ambienti. Afferma la necessità che tanto le scuole come gli opifici subiscano delle disinfezioni periodiche obbligatorie.

Aggiunge che nella costruzione di case popolari, per le quali il Governo contribuisce largamente, si dovrebbero far osservare scrupolosamente tutte le norme igieniche e sanitarie.

Accenna poi ad un grave problema sociale: l'assistenza alle famiglie dei tubercolotici; è necessario coordinare le singole iniziative onde ottenere i massimi risultati. Favorire le colonie marine, quelle elioterapiche fluviali, quelle alpine è anche un compito che il Governo non deve trascurare. Il problema della tubercolosi è di una tale gravità che dovrebbe essere avocato dalle autorità centrali, altrimenti si verificherà che in talune regioni la lotta verrà condotta efficacemente, mentre in altre i mezzi saranno inadeguati allo scopo.

Conclude che quando la politica sanitaria del Governo sarà avviata a una fase decisiva, si sarà vinta una grande battaglia.

L'on. Cucco si occupa delle condizioni igieniche dell'Italia meridionale e specialmente delle isole.

Dalla relazione dell'on. Gatti si desume che gli stanziamenti per le Opere Pie sono stati aumentati di 10 milioni; ma nella discussione l'on. Gatti ha rilevato che il problema della pubblica beneficenza non si risolve con l'impostazione di alcuni milioni in più: è un problema di coordinazione, di unificazione.

3° Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana per l'Igiene.

L'Associazione Italiana per l'Igiene, presieduta dal prof. Achille Sclavo, ha indetto il suo terzo Congresso Nazionale in Sardegna per i giorni 5-14 giugno p. v.

Il Congresso si svolgerà parte a Cagliari e parte a Sassari, ed, oltre la trattazione di vitali problemi d'igiene pubblica, da parte di illustri Maestri della disciplina, comprenderà la visita alle principali istituzioni igienico-sanitarie locali, opere di bonifica, miniere di Monteponi, grande bacino del Tirso, ecc.

In occasione del Congresso si effettuerà anche una mobilitazione igienica nazionale: le singole Sezioni dell'Associazione, cioè, esporranno le condizioni igieniche delle rispettive regioni, le provvidenze attuate, le necessità di ulteriori opere, ecc. sicchè ne risulterà un fedele e dettagliato quadro dell'effettivo stato igienico-sanitario dell'intera Nazione.

La patriottica isola si prepara con entusiasmo ad accogliere ed ospitare fraternamente i congressisti, ed appositi Comitati delle due provincie, curano la buona riuscita di questo importante Convegno.

Ai congressisti verranno accordate le consuete riduzioni ferroviarie; la quota d'iscrizione è di L. 20. Per informazioni e schiarimenti dirigersi al segretario generale dott. Giovanni Palomba, via Vittorio Veneto 96, Roma (25).

XIV Congresso della Società Ital. delle Scienze.

Si adunerà a Pavia nell'ultima decade di marzo, dopo le solenni cerimonie centenarie dell'Ateneo ticinese.

Convegno regionale di medici infortunisti.

Il 29 marzo alle ore 9 nell'aula dell'Istituto di medicina legale della R. Università di Firenze (via degli Alfani 33) avrà luogo il I Convegno regionale toscano dei medici infortunisti. Sarà relatore il prof. Francesco Leoncini sul tema: « L'infortunistica davanti alla riforma universitaria ». Saranno poi svolte numerose comunicazioni. Nel pomeriggio dalle 14.30 alle 15.30 i soci della Sezione toscana sono invitati all'assemblea generale del 1924. Interverrà il presidente federale prof. Camillo Tovo.

Congresso medico dei Paesi latini.

È indetto a Parigi per il mese di giugno; è promosso dall'Ufficio per le Relazioni Straniere della Facoltà Medica di Parigi e patrocinato dal Governo; il Comitato organizzatore è posto sotto la presidenza del prof. G. H. Roger; segretario generale del Congresso è il dott. Luciano Mathé, direttore degli « Archivos médicos Franco-Hispano-Americanos ». Rivolgersi all'Ufficio suddetto (rue de l'Ecole de Médecine).

Corso di perfezionamento in Clinica medica.

Un corso di revisione in clinica medica sarà tenuto durante la Pasqua all'Hôtel-Dieu di Parigi; inizierà il 30 marzo e si chiuderà il 10 aprile; sarà d'ordine essenzialmente pratico. Tassa d'iscrizione Fr. 150. Rivolgersi alla Segreteria della Facoltà di Medicina a Parigi.

Corso di perfezionamento sulla tubercolosi.

In seguito alle osservazioni di molti medici attualmente impegnati nelle loro residenze per i malati di influenza, il corso di perfezionamento sulle malattie tubercolari annunciato presso l'Università di Genova, che doveva iniziarsi il 9 marzo, si inizierà invece il 15 aprile prossimo e terminerà il 16 maggio. Si continuano intanto a ricevere le domande di iscrizione.

Rivolgersi alla Segreteria dell'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla Tubercolosi, via Balilla 5, Genova.

Profilassi antimalarica alla periferia di Roma e nell'Agro Romano.

Il R. Commissario del Comune di Roma, allo scopo di combattere l'infezione malarica nell'Agro Romano e nelle zone suburbane, ha emanato un'ordinanza in data 2 marzo, affinchè tutti i proprietari ed affittuari terrieri, nell'àmbito suddetto, procedano alle piccole bonifiche o alla petrolizzazione o alla protezione meccanica o al diserbo delle raccolte d'acqua, alla protezione meccanica delle abitazioni, alla distruzione delle alate, alla denunzia e chininizzazione dei malarici, avvertendo che questa è gratuita. Ai trasgressori sono minacciate le spese per l'esecuzione di lavori *ex oficio* e le pene sanzionate da leggi, regolamenti e disposizioni sanitarie.

Propaganda igienica nelle scuole di Roma.

Una deliberazione del R. Commissario ha fissato le linee fondamentali per svolgere nelle scuole elementari una efficace propaganda igienica, dando incarico alla Commissione istituita per le gare d'igiene di studiare, fra l'altro, le norme per bandire concorsi pubblici fra i maestri delle scuole comunali per tavole murali a soggetto igienico e per opuscoli o lezioni di igiene da stamparsi dall'Amministrazione e da distribuirsi nelle scuole.

Con ulteriore provvedimento sono stati deliberati gli avvisi dei relativi concorsi. Le tavole dovranno trattare alcuni argomenti, tra i quali: i malefici degli insetti, la vita all'aperto e la vita al chiuso, le abitudini contrarie all'igiene. Ai vincitori saranno assegnati premi di lire duemila ciascuno. In quanto agli opuscoli di propaganda, dovranno essere illustrati e trattare, in non più di venti pagine, alcuni temi, fra i quali: le abitudini igieniche dello scolaro, l'igiene della casa, i giuochi sani e i giuochi malsani. Le lezioni di igiene dovranno trattare: lo sputo, igiene e galateo, la polvere, l'abuso del vino. Per tali lezioni verranno stabiliti premi di lire 250 ciascuno.

Propaganda igienica mediante il cinematografo.

Al Lyceum femminile di Milano, il prof. Ettore Levi, direttore dell'Istituto nazionale di Igiene, Previdenza e Assistenza sociale, ha illustrato ad un pubblico numeroso di signore una serie di films, che fanno parte della Filmoteca dell'Istituto. Essi sono di carattere assai vario: accanto a quelli di carattere nettamente scientifico, altri ve ne sono che riproducono fatti e scene della vita di tutti i giorni ed altri ancora, abilmente congegnati per ottenere effètti di ilarità. A tutti è comune lo scopo propagandistico contro i grandi fagelli della salute pubblica, quali la tubercolosi e l'alcoolismo, e lo scopo educativo nell'interesse di maggiori còmpiti dell'igiene sociale, specialmente per ciò che riguarda la protezione del fanciullo. Il commento del prof. Levi ha assicurato l'azione di persuasione degli argomenti presentati per via di immagini e ha messo in piena luce l'importanza della collaborazione della donna nell'opera della scienza. I films hanno suscitato un interesse che non si è mai intiepidito e il prof. Levi fu applauditissimo.

In onore del prof. Calderini.

Nel quinto anniversario della morte del prof. Giovanni Calderini un gruppo di amici, di allievi e di concittadini del compianto illustre ostetrico e ginecologo italiano, ha in animo di onorarne la memoria con una lapide che lo ricordi ai posteri nella nativa città di Varallo Sesia.

Perciò il prof. sen. Luigi Mangiagalli rivolge l'invito di aderire a tale doverosa onoranza di un uomo, che ha dedicato alla patria e all'insegnamento morale la sua vita.

Come contributo sopratutto morale che dia valore a questa iniziativa egli prega di inviare le adesioni, con la somma di L. 20, alla segreteria del Comitato promotore (prof. Serafino Patellani, Milano, corso Magenta 60).

Dizionario delle specialità farmaceutiche.

La Ditta Editrice della rivista mensile *Roma Sanitaria* avverte che è in corso di ristampa la *Guida Sanitaria di Roma e Provincia*, singolarmente modificata. Alla Guida quest'anno sarà aggiunto in appendice *Il Dizionario pratico delle specialità farmaceutiche*, pubblicazione che riuscirà molto utile ai farmacisti ed ai medici, perchè conterrà le notizie più pratiche anche sui preparati che per la loro specialità non sono di quotidiana prescrizione. La Direzione di *Roma Sanitaria*, Roma, via Liberiana 17, invia a chi li richiede dei moduli speciali per l'iscrizione nel Dizionario.

Il prof. ADOLFO STRUEMPELL, di cui abbiamo annunziato la perdita avvenuta il 10 gennaio scorso, per una broncopolmonite, era considerato a giusto titolo come il più valente clinico medico contemporaneo.

Avemmo già a tracciarne un preciso profilo, in occasione dell'andata in riposo (vedi *Policlinico*, Sez. prat., 1923, p. 1443), il che ci esime dal darne, in questa dolorosa contingenza, una biografia circostanziata.

A titolo complementare, vogliamo solo aggiungere qualche altro rilievo.

Un insieme di circostanze fortunate aveva concorso a determinare il destino di Strümpell: egli discendeva da una famiglia d'intellettuali di alto valore; fu allievo e assistente di Kries, Erb, Moebius, Cohnheim, Weigert ed ebbe familiarità con questi « eroi » della medicina tedesca; seppe circondarsi di elementi superiori, che accrebbero la sua efficienza e che misero in luce le sue qualità e la sua personalità; tutti questi fatti sono consegnati in un volume autobiografico, che ha visto la luce poche settimane prima della morte (A. STRÜMPELL: *Aus dem Leben eines deutschen Klinikers; Erinnerungen und Betrachtungen;* F. C. W. Vogel editore - Lipsia, 1925).

Strümpell fu sovratutto un insegnante.

Egli educava non solo a raccogliere i sintomi, ma ad interpretarli, a vagliarli, a sorprendere quelli significativi ed a valersene per la sintesi diagnostica. Non sapravalutava le ricerche nuove di laboratorio, convinto che esse non debbano sostituire l'esame fisico.

Strümpell non considerò mai i malati come « casi clinici », ma vedeva in ognuno un'anima e voleva che di questa si avesse cura e rispetto, e che se ne avvivasse la fede nella guarigione, per un sentimento di umanità e perchè convinto delle ripercussioni che lo spirito esercita sul corpo.

Nel suo insegnamento non si trovano accenni all'etica professionale; ma il suo esempio valeva più di qualunque insegnamento, poichè egli fu di una correttezza assoluta verso i colleghi.

Un lato caratteristico di Strümpell era la tendenza all'ottimismo: egli non vedeva il male e perciò non tollerava la maldicenza; non ebbe mai litigi e non sostenne nessuna polemica, neppure per questioni di priorità.

La sua maggiore distrazione fu data dalla musica; era in rapporto di consuetudine coi maggiori musici della Germania. Egli iniziò l'anno 1925 partecipando attivamente ad un coro nella notte di S. Silvestro.

Strümpell non insegnò solo dalla sua cattedra e nella sua Clinica, ma, grazie al suo trattato, che è tradotto in molte lingue, ha avviato e addestrato molte generazioni di medici in tutti i paesi civili. Questo trattato non si distingue per la copia delle nozioni che raccoglie, ma per la scelta di esse e per l'arte dell'esposizione, veramente magistrale. In virtù di esso Strümpell è stato definito « praeceptor mundi ».

Con Strümpell scompare forse l'ultimo clinico che dominasse l'intero campo della medicina interna: compito divenuto ormai impossibile, per lo sviluppo incessante e formidabile delle nostre cognizioni. La sua perdita non è sentita solo dalla Germania, ma da tutto il mondo medico.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 29 ott. — G. PARTURIER. Colica epatica e choc proteinico.

Ann. di Med. Nav. e Col., sett.-ott. — V. ALFANO. Diagnostica della malattia Bernard-Roth.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 26 ott. — G. GALLI. L'aritmia del cuore e la morte subitanea durante il trattam. con chinina e chinidina.

Riforma Med., 27 ott. — L. DE GAETANO. Cura ambulat. delle ulcere varicose. — P. CALICETI. Autolizzati neoplasici e filtrati secondo Citelli. — A. BRONZINI. Patogenesi dell'ipertens. intracran. in rapporto alle affezioni del rinofar.

Deut. Med. Wochens., 31 ott. — L. ZLATOGOROFF. La variabilità dei microrganismi quale fattore biologico in patologia ed epidemiologia. — MOST. Remozione di embolo arterioso in minacciante gangrena delle estremità.

Cultura Med. Moderna, 31 ott. — S. MADONNA. Interventi chirurgici in poli- e pantoptosici.

Quarterly Journ. of Med., ott. — C. H. ANDREWS. La prova di Bergh nell'ittero. — S. C. DYKE. Patologia della nefrite edemigena. — J. M. H. CAMPBELL. Colesterol nel sangue di colelitiasici.

Pediatria, 1 nov. — S. MAGGIORE. Nefropatie malariche nell'infanzia. — S. RAPISARDI e R. POLLITZER. Recettività del neonato e del lattante verso il morbillo.

Minerva Med., 1 nov. — A. SEGA. Nuovi orizzonti nella patologia renale. — M. FASANO. Rianimaz. del cuore mediante iniez. intracard. di adrenal. in pneumot. art. — S. BALP. Eziologia del gozzo.

Wien. Klin. Woch., 30 ott. — L. HORN e O. KANDERS. Conservabilità del sangue malarico. — H. POINDECKER. Cura della tbc. col metodo Andreatti.

Lancet, 1 nov. — A. LYSTER. L'idealismo nella sanità pubbl. — E. MATOPHER. Trattam. dei disord. ment. su di una base volontaria. — L. CRONK. Eziologia dell'ipertrofia delle tonsille.

Mediz. Klinik, 2 nov. — J. WEISS. Cure dietetiche e cucina dietetica. — L. PICK. Sul morbo di Gaucher. — H. MASS. Fisiologia e patologia dello sviluppo osseo.

Paris Méd., 1 nov. — Numero sulle malattie dell'infanzia.

Ann. di Odontol., nov. — S. PALAZZI. Neuralgia brachiale destra con paresi dell'arto consecutive a processo infiammat. alveolo-dentario.

Practitioner, nov. — K. GOADBY. Sepsi latente. — W. BAIN. Diagnosi e trattam. dei casi subacuti di colelitiasi. — W. H. C. ROMANIS. Trattam. dell'empiema e dell'ascesso acuto del polm.

Edinb. Med. Journ. nov. — H. B. PORTEOUS. Trattam. dell'anemia con estratto di milza e di midollo osseo.

Scalpel, 1 nov. — HUSTIN. Allergia e infezioni.

Acta Med. Scandinava, I. — W. KERPPOLA. Sulla cosidetta ipertonia essenziale. — K. PÀKOZDY. Localizzazione precoce dei tumori della spina dorsale extra-midollari. — A. FABER. Le cause dell'ipertensione permanente del sangue. — Supplem.: Resoc. dell'XI Congr. di Medicina dei Paesi del Nord.

Gaz. d. Hôp., 1 nov. — M. BRELET. Le nefriti della scarlattina.

Clinica y Laborat., ott. — S. RAMON Y CAJAL. Brevi dati sul mio lavoro scientifico e didattico. — F. M. LAGOS. Nevralgia facc. trattata con la operaz. di Kroenlein. — G. VIDAL JORDANA. L'eredità biologica e sua influenza sulla patologia infantile.

Bull. Acad. de Méd., 28 ott. — F. MAIGNON e L. JUNG. Superiorità dei grassi sugli idrati di carbonio. — M. PIETTRE. L'acetone per mettere in evidenza le proprietà attive dei sieri.

Rinascenza Med., 1 nov. — M. B. SINDONI e G. VITETTI. Etiologia e patogenesi della varicella.

Gazz. d. Osped. e d. Clin., 2 nov. — E. DEBENEDETTI. Importanza dei lipoidi nell'impilamento e velocità di sedimentaz. dei gl. rossi.

Journal Amer. Med. Assoc., 25 ott. — W. S. RANKIN. Eliminazione della politica dalla sanità pubblica. — G. MARTYN. La lombaggine. — W. W. WATKINS. Trattam. della tonsillopatia.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 30 Marzo 1925 Fasc. 13

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI MEDICINA LEGALE DELLA R. UNIV. DI MODENA
diretto dal prof. LEONE LATTES.

L'influenza dei prodotti autolitici per l'attecchimento del diplococco di Fränkel nei polmoni

per i dottori MARIO PRATI, aiuto, e ALFONSO CAVAZZUTI, ex-assistente.

È risaputo da tempo che la presenza del pneumococco nelle vie respiratorie non è punto sufficiente a determinare l'insorgenza di un processo pneumonico; anzi si sa che tale germe è ospite ordinario delle vie respiratorie.

Esperienze sistematiche di introduzione, sia per iniezione che per vaporizzazione, di culture virulente di pneumococco nella profondità dell'albero respiratorio nei conigli, nelle cavie, nei cani, nei topolini, ed anche nelle scimmie hanno mostrato a varî autori [già a Monti, Gamaleia (1888), Lehmann e Neumann (1896) e recentemente a Winternitz e Hirschfelder, Blake e Cecil, Lamar e Melzer, Werry e Butterfield, Trillat e Kaneko, Stillmann e collaboratori] che la presenza del germe fin nella profondità degli alveoli può essere tollerata senza alcun sintomo morboso. Ciò suole verificarsi allorquando la virulenza del germe è attenuata; quando invece essa sia relativamente esaltata si possono ottenere sia nei conigli che nei cani, nei topi e nelle scimmie ti-

piche forme di polmonite; con germi virulentissimi, anche per iniezione tracheale, si ottiene talora la ben nota setticemia pneumococcica senza localizzazione. Già nelle prime esperienze (Monti) risultò che lo sviluppo di una polmonite richiede accanto alla presenza del germe, altresì mutamenti nella resistenza del tessuto polmonare e cioè un indebolimento delle naturali difese che esso oppone all'invasione infettiva. Tale azione, secondo le esperienze di Stillmann e Branch, può essere esercitata dall'intossicazione alcoolica; e (sebbene altri sperimentatori, tra cui lo stesso Stillmann, abbiano ottenuti esiti negativi) anche da traumi, da raffreddamento, da inalazione preventiva di sostanze irritanti.

Inoltre anche nell'uomo l'esperienza clinica e medico legale ci ammaestra che in realtà, almeno nel maggior numero dei casi, la polmonite riconosce come circostanza causale necessaria un danneggiamento del tessuto polmonare, sia diretto (trauma, irritazioni per via aerea) sia indiretta per via vasomotoria (perfrigerazione, traumatismi nervosi [polmonite da vago]).

Pur essendo questo fatto accertato, non risulta ancora, come dice il Borri, in che cosa intimamente consista il meccanismo con cui si produce l'infralimento del potere di difesa antibatterico degli elementi cellulari del polmone. Nè è esauriente la spiegazione (Gamaleia, Staehelin, ecc.), che il sangue stravasato, o i trasudamenti sierosi offrano un buon pabulum per lo sviluppo dei germi. Anzi, come già risulta dagli accurati studi del Banti (1890) gli essudati pleurici e polmonari, ove pure sono abbondantissimi i germi, provocano rapidamente una forte attenuazione della virulenza dei germi stessi. Ciò che evidentemente conta per l'azione patogena, non è la quantità dei germi, ma la variabile relazione tra la virulenza loro e la resistenza del tessuto polmonare. Ed è proprio sulle cause che alterano questo rapporto che sarebbe desiderabile, di ottenere maggiori chiarimenti.

Noi ci siamo proposti, per consiglio e sotto la guida del nostro Direttore, prof. Lattes, di portare un modesto contributo a questa vasta ed importantissima questione, studiando l'azione dei prodotti autolitici (che è verosimile si formino per causa dei danneggiamenti del polmone) in quanto possano eventualmente influenzare l'attecchimento dei pneumococchi e concorrere nella provocazione dei processi pneumonitici.

A questo scopo abbiamo sperimentato con culture pure di diplococco del Fränkel, originariamente prelevato da ammalati di polmonite, ma in cui i ripetuti trapianti avevano portato ad una attenuazione della virulenza, tale da rendere del tutto innocua la iniezione di culture nel coniglio per via tracheale.

Per assicurarci della idoneità del ceppo di germe sul quale intendevamo sperimentare, abbiamo praticato in una serie di conigli l'iniezione di culture in brodo, vecchie di 48 ore, per via tracheale. La quantità di cultura era sempre di 2 cmc. ed era iniettata molto lentamente previa rasatura della regione del collo ed accurata disinfezione. Non abbiamo ottenuto mai sintomi morbosi di sorta e gli animali lasciati sopravvivere mostrarono sempre ottima salute. Alcuni furono sacrificati per dissanguamento in tempi diversi ed in essi fu accertato, sia coll'esame microscopico che con le culture, che effettivamente per un certo tempo i germi permangono fin dentro le cavità alveolari. Ciò conferma l'asserto ormai quasi generalmente ammesso, che non è sufficiente la presenza del pneumococco nell'albero respiratorio per determinare una polmonite, ma che occorre il concorso di altri fattori eziologici.

La tecnica usata per gli esami, in queste, come nelle successive esperienze fu la seguente: dai polmoni di ciascun coniglio, appena ucciso, si prelevava dapprima sterilmente un pezzo di polmone per il riscontro culturale; in seguito, praticata l'autopsia, i polmoni erano fissati in formalina ed inclusi nei modi usuali. Le sezioni erano colorate sistematicamente in parte con l'ematossilinaeosina, in parte secondo il metodo di Weigert per la fibrina, in parte con il Gram per la ricerca dei diplococchi. In quei casi poi in cui la struttura del parenchima polmonare appariva fortemente alterata si è proceduto anche alla colorazione delle fibre elastiche con l'orceina.

Dopo di che riportiamo qui brevemente alcuni dati desunti dal protocollo, degli animali iniettati con culture, nei quali fu praticato l'esame microscopico:

CONIGLIO I (kgr. 1,180). — Si inoculano in trachea 2 cm. cubici di cultura in brodo di 48 ore. Il coniglio non mostra alcun segno di malattia. Due giorni dopo (kgr. 1,150) si dissangua e se ne prelevano i polmoni (nel trapianto in brodo si sviluppano abbondanti pneumococchi). All'esame macroscopico essi appaiono normali. All'esame microscopico il polmone si mostra ben aerato. In qualche scarso punto gli alveoli appaiono collabiti, ma non v'è iperemia nè altro segno d'infiammazione: in tali punti alcuni piccoli bronchi contengono sostanza amorfa e pochi epiteli desquamati. I bronchi maggiori sono vuoti. Molti diplococchi in gran parte inglobati nelle cellule delle pareti alveolari.

CONIGLIO XII (kgr. 2,550). — Inoculato in trachea con 2 cmc. di cultura in brodo di 48 ore. Il coniglio si mantiene in ottime condizioni di salute, anzi aumenta sensibilmente di peso (peso al momento dell'uccisione che si pratica 5 giorni dopo, gr. 2870). Il polmone appare normale. Microscopicamente in alcuni scarsi punti gli alveoli

sono piuttosto addensati; qualcuno contiene materiale amorfo, con qualche globulo rosso. Germi discretamente abbondanti, di cui parecchi appaiono compresi in elementi fagocitari.

CONIGLIO XV (kgr. 1,370). — Si inoculano in trachea 2 cmc. di cultura in brodo di 48 ore. Anche in questo caso nell'animale non si osserva alcun segno di malattia. Si dissangua dopo 13 giorni (kgr. 1,500). All'esame microscopico nulla degno di rilievo.

All'esame istologico limitatissimi punti di lieve addensamento alveolare. Qualche alveolo contiene sostanza amorfa priva di cellule.

Per il resto polmone normale. Non si rintracciano germi.

Poichè il ceppo di pneumococco di cui disponevamo, ci appariva, in base a queste esperienze preliminari, innocuo per iniezione tracheale, lo abbiamo utilizzato per le prove ulteriori nel modo seguente:

1) inoculazione in trachea di cultura di pneumococco in autolisato di polmone; oppure di cultura, addizionata al momento della prova, con autolisato di polmone;

2) inoculazione in trachea di cultura di pneumococco in autolisato di tessuti diversi (fegato, siero).

È noto dalle esperienze di Cesa-Bianchi che gli estratti di polmone autolisato o fresco sono pel coniglio estremamente tossici; ma ciò soltanto per la via endovenosa.

Nelle prove da noi fatte di iniezione tracheale, non abbiamo osservato alcun sintomo che potesse assomigliarsi alla fulminea sindrome descritta da Cesa-Bianchi. Anzi i conigli iniettati in trachea cogli autolisati sterili non dimostrano alcun disturbo sul momento, e neppure in seguito presentano disturbi degni di nota.

Ecco riassunto il risultato delle singole esperienze di iniezione combinata di germi e autolisato.

CONIGLIO II (kgr. 1,500). — Inoculato in trachea con 2 cmc. di cultura di 48 ore, sviluppatasi in un terreno costituito da brodo nel quale si è lasciato autolizzare sterilmente per 5 giorni un polmone di coniglio, e poi centrifugato. L'animale dopo poche ore si presenta dispnoico ed a distanza di 24 ore dell'iniezione endotracheale muore. *All'esame macroscopico*: infiltrazione massiva dei lobi superiore e medio di destra e di parte del margine del lobo inferiore dello stesso lato: nel resto di questo lobo enfisema. Anche il lobo superiore sinistro e parte dell'inferiore si presentano epatizzati. *Esame microscopico*: forte congestione; quasi tutti gli alveoli e numerosi bronchi anche maggiori, si trovano ripieni di sostanza ora amorfa ora granulosa, con leucociti, cellule epiteliali desquamate ed in qualche punto globuli rossi. Si vedono inoltre piccoli focolai in cui la struttura alveolare non è più identificabile per notevole accumulo di linfociti e leucociti. Al Weigert scarsissimi filamenti di fibrina nel contenuto dei bronchi. Al Gram moltissimi diplococchi in parte liberi in parte inglobati nei fagociti, in qualche punto riuniti ad ammassi simili a colonie.

CONIGLIO III (kgr. 1,650). — Inoculato come il precedente con 2 cm. cubici di cultura di 48 ore (in brodo ove si era autolizzato polmone per 5 giorni). Inoculato alle ore 16 muore durante la notte. *Esame macroscopico*: i polmoni sono in superficie uniformemente marmorizzati e disseminati di piccoli focolai puntiformi grigio-rosei, in complesso però ben aerati. *Esame microscopico*: alveoli per lo più aerati. Intensissima iperemia. Quà e là nel lume alveolare contenuto di globuli rossi e di elementi epiteliali alveolari. In altri punti gli alveoli appaiono collabiti; al Weigert non si dimostra fibrina. Al Gram germi numerosi, specialmente intracellulari.

CONIGLIO IV (kgr. 1,520). — Inoculato in trachea con 2 cm. cubici di cultura di 24 ore sviluppatasi in un terreno costituito da brodo in cui si è lasciato autolizzare per 7 giorni un pezzo di polmone di coniglio. Il giorno successivo il coniglio ha dispnea e temperatura elevata. Poi le condizioni migliorano. Si dissangua dopo 4 giorni. Peso gr. 1500. *Esame macroscopico*: zone disseminate specialmente nel polmone destro, di epatizzazione rossa con incompleta cacciata dell'aria; *microscopicamente* molti alveoli sono pieni di essudato amorfo o granuloso che prende il Weigert, con cellule epiteliali, numerosi leucociti, tra cui parecchi eosinofili, e qualche globulo rosso. In alcuni bronchi piccoli e medi contenuto analogo. Germi numerosi, specie nelle zone epatizzate.

CONIGLIO VII (kgr. 1,450). — Inoculato in trachea con 2 cm. cubici di cultura di 48 ore sviluppatasi in terreno costituito da brodo + autolizzato di polmone di 10 giorni in soluzione fisiologica. Inoculato alle ore 16 muore nella notte successiva. Peso gr. 1140. *Esame macroscopico*: polmoni intensamente marmorizzati con alternative di zone violetto-scuro d'aspetto emorragico e di zone color violaceo d'aspetto enfisematoso. Quà e là ascessolini grossi come teste di spillo. Solo il lobo inferiore sinistro è roseo vivo, aerato, normale. *Esame istologico*: intensa iperemia; la grandissima maggioranza degli alveoli è occupata da un contenuto ora amorfo con vacuoli, ora a rete filamentosa, in cui stanno leucociti, globuli rossi, cellule epiteliali degenerate, molti germi. Quà e là numerosi ascessolini che in qualche punto hanno distrutto la compagine del tessuto polmonare. Anche i medi e piccoli bronchi sono occupati da essudato talora esclusivamente purulento. La sostanza amorfa dell'essudato alveolare prende il Weigert. Con la colorazione all'orceina si confermano i dati ora esposti.

CONIGLIO VIII (kgr. 1,450). — Inoculato in trachea con 2 cm. cubici di cultura di 24 ore sviluppatosi in terreno costituito da brodo+autolizzato di polmone di 5 giorni in soluzione fisiologica. Muore dopo 6 ore dalla inoculazione. *Esame macroscopico*: si nota una intensa e diffusa iperemia; piccole isole di enfisema, e alcuni piccoli focolai ecchimotici in corrispondenza ai margini.

Esame microscopico: Alveoli quasi tutti ben aerati. In qualche punto, scarso, sono pieni di contenuto amorfo con qualche cellula epiteliale e germi. I nuclei cellulari sono diffusamente, picnotici; molte cellule degli alveoli contengono pigmento granulare giallastro. I vasi dei setti sono vuoti: i globuli rossi che qua e là si vedono sono profondamente alterati, in parte ridotti a detriti eosinofili. Parecchi medi bronchi appaiono contratti.

CONIGLIO XIII (kgr. 1,450). — Inoculato in trachea con il sedimento centrifugato di 2 cmc. di cultura di 48 ore in brodo, addizionato al momento dell'esperienza con 2 cmc. di autolizzato polmonare di 2 giorni in soluzione fisiologica. Per circostanze sopravvenute non fu potuto notare il decorso ulteriore. Dissanguato 20 giorni dopo. Peso chilogrammi 1,700. *Esame macroscopico*: polmoni espansi e rosei: però nel polmone destro ed in misura minore anche nel sinistro si trovano focolai grandi come teste di spillo di colorito rosso-bruniccio sporgenti sulla superficie. Sul margine posteriore del polmone sinistro grosso focolaio lardaceo con marezzature ardesiache, sporgenti sulla superficie di sezione. *Esame microscopico*: tratti di parenchima compatto: gli alveoli presentano contenuto granulare o ialino, talora schiumoso con qualche globulo rosso e leucociti. In altri punti, specie attorno ai bronchi zone di infiltrato linfocitario notevole. Parete dei bronchi molto ispessite con abbondanza delle cellule mucose. Nella sottomucosa appaiono numerosi leucociti. Al Gram si vedono molte cellule, specie nelle pareti alveolari, piene di granulazioni che prendono fortemente la genziana, ma che non è possibile dire con precisione se siano germi.

CONIGLIO XVI (kgr. 1,850). — Inoculato in trachea con il sedimento centrifugato di 8 cmc. di coltura in brodo di 48 ore, addizionato al momento dell'esperienza con 1 cm. cub. di autolizzato di polmone di 12 giorni in soluzione fisiologica. Muore dopo circa 17 ore. *Esame macroscopico*: edema sottocutaneo, con punti emorragici, alla parte anteriore del collo e del torace. Edema al mediastino. Essudato siero-fibrinoso nelle pleure. Lobo sup. sinistro compatto, privo d'aria, variegato di violetto scuro e di nerastro emorragico. Lo stesso aspetto, ma non in tutta la loro estensione, presentano i lobi sup. e medio di destra. Pressochè normali i lobi inferiori. *Esame microscopico*: esistono focolai estesi in cui la massima parte degli alveoli e dei bronchi contiene essudato, costituito in prevalenza talora di globuli rossi, talora di fibrina, talora di leucociti. Intensa congestione. Colonie di diplococchi. Col Weigert si mettono in evidenza reticoli di fibrina, sia negli alveoli che nei bronchi.

Abbiamo radunato nello Specchio I i risultati delle esperienze ora descritte. Su 7 conigli inoculati con culture di pneumococco + autolisato di polmone, ben 5 morirono in periodi di tempo non superiori alle 24 ore, anzi di solito assai più brevi. Gli altri 2 che riuscirono a superare la malattia (conigli 4° e 13°) presentarono però alterazioni polmonari molto rilevanti.

SPECCHIO I.

	Materiale di inoculazione	Esito	Stato dei polmoni
Con. 2°	2 cm. cub. di cultura in autolisato di polmone.	+ dopo 24 ore.	Polmonite lobare bilaterale.
Con. 3°	idem.	inoculazione alle ore 16; + nella notte successiva.	Broncopolmonite iniziale bilaterale.
Con. 4°	idem.	ucciso dopo 4 giorni.	Focolai disseminati di broncopolmonite.
Con. 7°	idem.	inoculazione alle ore 16; + nella notte successiva.	Polmonite in via di evoluzione purulenta.
Con. 8°	idem.	+ dopo 6 ore.	Scarsi segni d'infiammazione pneumonica. Stato di violenta intossicazione.
Con. 13°	sedimento da cultura in brodo+2 cc. di autolisato di polmone.	ucciso dopo 20 giorni.	Broncopolmonite in via di risoluzione.
Con. 16°	idem.	+ dopo 17 ore.	Polmonite lobare.

Un'altra considerazione risulta dall'esame di questi dati sperimentali: pare che l'azione, per così dire patogena dell'autolisato si esplichi nello stesso modo tanto se i germi sono stati coltivati nell'autolisato stesso, come se cultura ed autolisato siano stati addizionati soltanto al momento della inoculazione. Vediamo infatti che il coniglio 13° trattato appunto con quest'ultima modalità, è sopravissuto sì, ma dopo aver superato una broncopolmonite di cui restavano traccie evidentissime ben 20 giorni dopo l'inoculazione; mentre l'altro coniglio (il 16°) trattato nello stesso modo, moriva dopo 17 ore con un'intensa polmonite lobare.

L'autolisato esercita poi egualmente la sua azione tanto se è ottenuto da un polmone già colpito da un processo infiammatorio e quindi ricco di germi, quanto se si ricava da un polmone sano e prelevato sterilmente (come si è fatto per i conigli 8°, 13°, 16°).

Non si può dunque dubitare che l'autolisato di polmone eserciti un'azione evidente nel senso di permettere al pneumococco di attecchire, vincendo le valide difese antibatteriche di cui il polmone normalmente è provvisto. In che cosa poi consista questa azione dell'autolisato non è facile stabilire con sicurezza. Si potrebbe pensare ad una intossicazione da disintegrazione proteica, nel senso che i prodotti di disfacimento proteico formati durante l'autolisi vengano assorbiti ed intossichino l'organismo, determinando nel polmone, su cui la loro azione si è principalmente fatta sentire, un « locus minoris resistentiae », che permette ai germi presenti nei polmoni di insediarsi

in esso. Si avrebbe perciò un meccanismo tossico da disintegrazione proteica assai simile a quello che si osserva nelle ustioni. E fino ad un certo punto vi è uno degli esperimenti surricordati che starebbe a convalidare tale ipotesi. Il coniglio 8° muore a 6 ore di distanza dal momento dell'inoculazione. Le lesioni infiammatorie dei polmoni sono addirittura minime, mentre predominano lo stato di contrattura dei bronchi, le alterazioni dei nuclei cellulari e dei globuli rossi, l'ischemia, la presenza di pigmento granulare nelle cellule delle pareti alveolari; un complesso di lesioni, insomma, che fa pensare ad un quadro tossico grave.

D'altra parte però non v'è nulla d'improbabile nell'ipotesi che il materiale proveniente dall'autolisi polmonare agisca invece esaltando in un modo spiccato la virulenza del pneumococco.

Si osservi poi che l'azione riscontrata nell'autolisato polmonare non è esclusiva di questo; anche l'autolisato ottenuto da altri organi (ad es., il fegato, il siero di sangue) manifesta gli stessi effetti; ciò è dimostrato dagli esperimenti che seguono e che vengono schematizzati nello specchietto II.

CONIGLIO X (kgr. 2,120). — Inoculato in trachea con 2 cm. cubici di cultura di 48 ore, sviluppatasi in brodo + autolisato sterile di fegato in soluz. fisiologica. Muore nel mattino successivo al giorno dell'inoculazione. *Esame macroscopico*: polmoni entrambi marmorizzati con zone di enfisema e zone violaceo-nerastre depresse. Trachea piena di spuma. Scarso deposito fibrinoso sulle pleure. *Esame microscopico*: notevoli zone di addensamento alveolare; alveoli in qualche punto pieni di essudato, talora costituito esclusivamente di leucociti. Esistono inoltre zone di enfisema. Molti germi disseminati.

CONIGLIO VI (kgr. 1,120). — Inoculato in trachea con 2 cmc. di cultura di 48 ore sviluppatasi in brodo e siero di coniglio. L'animale inoculato alle ore 16 muore nel mattino successivo. *Esame microscopico*: focolai lobulari in cui gli alveoli sono zeppi di essudato ora amorfo ora granulare e filamentoso con numerosi globuli rossi, cellule epiteliali con nuclei picnotici. Al Weigert scarsa fibrina. Al Gram abbondantissimi diplococchi in parte endocellulari.

SPECCHIO II.

	Materiale di inoculazione	Esito	Stato dei polmoni
Con. 10°	2 cm. cub. di cultura in brodo e autolisato di fegato.	muore il mattino succ. al giorno dell'inoculazione.	Broncopolmonite bilaterale.
Con. 6°	2 cm. cub. di cultura in brodo e siero di sangue di coniglio.	inoculato alle ore 16; + nel mattino succ.	Broncopolmonite bilaterale.

Utilizzando ora i dati desunti dalle esperienze eseguite sui conigli si può intravvedere qualche elemento atto a chiarire il meccanismo patogenetico della polmonite traumatica. Supponiamo che un trauma esercitato sul torace di un individuo determini lesioni di una certa entità sull'apparato polmonare. La zona di polmone traumatizzata, contusa, andrà soggetta ad un processo più o meno rapido, più o meno intenso ed esteso, di autolisi. I prodotti dell'autolisi agiranno come sostanze tossiche o come ottimo terreno di cultura, rispettivamente alterando i poteri di difesa del polmone o favorendo notevolmente l'aumento di virulenza dei germi fino allora innocui, che preesistevano nelle vie respiratorie o che vi sono stati portati con l'aria inspiratoria. Assistiamo allora all'insediarsi di un processo infiammatorio. Certo non è possibile concludere sulla base delle nostre esperienze che siano sempre e soltanto i processi autolitici la causa necessaria per lo stabilirsi di una polmonite traumatica. Possiamo però affermare:

1) che appare sempre più dimostrato che la semplice presenza di pneumococchi nel polmone, non basta a determinare l'insorgenza di una polmonite o broncopolmonite;

2) che è sufficiente la presenza, accanto ai germi, di una certa quantità di autolisato di polmone (o di altro tessuto) per permettere invece lo stabilirsi della malattia in forma per lo più rapidamente mortale (fibrinosa o purulenta) e di certo sempre notevolmente grave, e ciò quando anche i germi non siano stati coltivati in mezzo contenente autolisato, ma siano stati a questo mescolati al momento della iniezione;

3) che perciò nella patogenesi della polmonite traumatica dev'essere preso in considerazione il fattore dipendente dalla autolisi del tessuto polmonare colpito dal trauma, condizione che favorisce indubbiamente il cedimento delle barriere naturali di difesa del parenchima polmonare; essendo peraltro incerto se ciò succeda alterando il parenchima stesso, oppure favorendo la moltiplicazione e la diffusione dei germi.

BIBLIOGRAFIA.

BANTI. *Sull'etiologia delle polmoniti acute.* Sperimentale, aprile-maggio 1890.

BLAKE and CECIL. *Studies on experimental pneumonia.* 1) *Production of pneumococcus lobar pneumonia in monkeys;* 2) *Pathology and pathogenesis of pneumococcus lobar pneumonia in monkeys.* Journ. exp. med. 31, 403-445, 1920.

BORRI. Trattato d'infortunistica, vol. II, pag. 647, 1918.

CESA-BIANCHI. *La tossicità degli estratti polmonari.* Pathologica, vol. III, pag. 176, 1911.

GAMALEIA. *Eziologia della polmonite fibrinosa.* Annali Istit. Pasteur, 1888.

LAMAR and MELZER. *Experimental penumonia by intrabronchial insuflation.* Journ. exp. med., 15, 133, 1912.

LEHMANN e NEUMANN. Batteriologia, vol. I, pagina 124, 1896.

MONTI. *Sull'etiologia della polmonite fibrinosa.* Riforma Med., 4 giugno 1888.

ID. *Sulle cause predisponenti dell'infezione da pneumococchi.* Gazz. Med., Pavia 2, 15, 1893.

RONZANI. *Sul comportamento del potere battericida del polmone di fronte ad alcune cause che possono modificarlo.* Annali d'igiene sperimentale, vol. I, 1907.

STILLMANN. *Bacteria in lungs after inhalation.* J. exp. med., 38, 117, 1893.

STILLMANN and BRANCH. *Experimental production of pneumococcus pneumonia in mice by the inhalation method.* J. exp. med., 40, 733, 1924.

ID. *Pathology of experimental pneumonia in mice.* Ibid., 40, 742, 1924.

TRILLAT e KANEKO. C. R. Ac. Sc., 109, 173, 1921.

WHERRY and BUTTERFIELD. J. infect. diseases, 27, 315, 1920.

WINTERNITZ and HIRSCHFELDER. *Studies upon experimental pneumonia in rabbits.* J. exp. med., 17, 657, 1913.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Fibro-leiomioma del tenue e indagine radiologica.

Dott. GIORGIO FANELLI, medico condotto a Loiano (Bologna).

Ho creduto bene illustrare un caso di *fibro-leiomioma* del tenue non tanto per la sua rarità. quanto per il modo di comportarsi di questo tumore benigno nei riguardi dello svariato quadro clinico cui ha dato luogo. Passo quindi senz'altro a trattare il caso che credo possa interessare in modo speciale il medico pratico.

B. E., di Castel Bolognese, di anni 51.

Nulla di importante riguardo ai genitori che sono morti in tarda età, il padre di apoplessia, la madre per polmonite influenzale. Ha quattro fratelli viventi e sani. È ammogliato con donna sana ed ha due figli che godono ottima salute: non ebbe mai malattie veneree, non è bevitore, modico fumatore. L'alvo è sempre stato regolare. Dopo i comuni esantemi dell'infanzia non soffrì che verso i 14 anni di febbri tifoidi che lo obbligarono al letto per circa un mese e delle quali guarì completamente. Poi più nulla fino alla presente malattia che sarebbe cominciata, secondo quanto riferisce il paziente, nella metà del 1918, sotto forma di leggieri dolori che venivano ad accessi e che gli si esacerbavano quando si esponeva al freddo. Notò nel frattempo il paziente che emetteva feci miste a modica quantità di muco, per questo si rivolse ad un sanitario che disse trattarsi di catarro gastro-intestinale e gli ordinò acque di Montecatini. L'appetito continuava tuttavia a mantenersi ottimo. Ma verso la fine del 1919, perdurandogli sempre i dolori che a volte lo costringevano a rannicchiarsi nel letto con i ginocchi contro il petto e a doversi fermare e sedere qualora si trovasse per la strada, andò a Bologna ove un medico diagnosticò una spinite e non gli prescrisse alcuna cura.

Intanto anche l'appetito andava scemando, era diminuito di peso (circa 6 kg.) ed aveva assunto un colorito sub-itterico. Alla fine del luglio 1920 era diminuito di circa 10 kg. di peso. I dolori erano ora quasi continui e violentissimi, tanto che il paziente ebbe varie crisi nervose. Avendo avuto una notte una forte perdita di sangue durante la defecazione, ritornò a Bologna dallo stesso sanitario, che lo inviò al Radiologo con diagnosi di ulcera duodenale. Fu così sottoposto a varie sedute. Improvvisamente però, durante la sua permanenza in città, in osservazione, cambiarono totalmente le condizioni dell'alvo. Non poteva emettere che rare feci, durissime, di colore fondo di caffè. Il ventre si era fatto globoso, meteorico; libera era la via ai gas.

Una violenta enterorragia di sangue rosso-scuro lo indusse a ricorrere al chirurgo.

Esame obbiettivo. Individuo di costituzione scheletrica regolare, in stato di nutrizione quasi scadente. Colorito delle mucose e della cute leggermente pallido. Nulla a carico dell'apparato *ganglionare linfatico.* Temperatura normale.

Fotografia del tumore.

Apparato respiratorio e *circolatorio.* Torace ampio, quadrato, di forma regolare, simmetrico.

Fenomeno del *Litten* ben visibile d'ambo i lati. La percussione e l'ascoltazione su tutto l'ambito polmonare non mette in rilievo nulla degno di nota. *Cuore* in limiti normali. Toni netti e validi. Polso della frequenza di 70 battiti al minuto, uguale, valido.

Apparato digerente ed addome. Lingua umida, ricoperta di lieve patina biancastra. Addome di configurazione normale, modicamente meteorico, ben trattabile ovunque, un poco dolente a pressione profonda solo sulla metà sinistra dell'epigastrio ed anche più in basso, sulla paraombelicale dello stesso lato. Il dolore che quivi si provoca non ha alcuna particolare irradiazione. La percussione su tutto l'ambito addominale da suono chiaro anche nelle parti più declivi dei fianchi.

Il *fegato* è leggermente debordante, ma a margine molle, liscio, indolente. Milza in limiti normali. Esplorazione rettale negativa. L'esame del sistema nervoso non mostra rilievi patologici.

Esame radiologico. L'indagine radiologica del tubo digerente, eseguita a soggetto digiuno, dopo

un pasto opaco al latte ed al bario, ha dimostrato quanto segue: Pervietà esofagea normale. Stomaco del tipo ipertonico, che a paziente in piedi arriva qualche dito trasverso al disopra della linea bicresto-iliaca.

Nella regione del centro si osserva, di quando in quando, una contrazione spastica. Del resto l'immagine gastrica non presenta nè difetti di riempimento, nè irregolarità di contorno. Un'ora e mezzo dopo l'assunzione del pasto, questo era passato in gran parte del tenue che dimostrava un riempimento del tutto normale. Circa tre ore dopo il pasto, lo stomaco non conteneva che un modico residuo.

In questa osservazione, come in una precedente, l'antro si mostrava di tanto in tanto in contrattura spastica. Normale il comportamento del tenue. Cinque ore dopo il pasto, lo stomaco era del tutto vuoto. Il tenue non mostrava aspetti anormali. Il bulbo del duodeno per lo più si è dimostrato scarsamente riempito. Sette ore dopo il pasto, tutto il tenue appariva vuoto di bario: bene iniettato il ceco, il colon ascendente, la flessura epatica, tutto il discendente; il colon trasverso era segnato da una traccia opaca, sottile. Nulla di anormale nelle altre regioni del crasso. Si noti che durante gli esami sopra detti, la palpazione non ha mai risvegliato dolore di sorta, in nessuna regione.

Intervento. Narcosi morfio-eterea. Laparatomia mediana sopra e sotto ombelicale. Appare subito un'ansa di tenue distesa, a pareti spesse, un po' congesta a monte di un cilindro d'invaginazione ileo-cecale. Il tratto invaginato, che si riesce a liberare facilmente perchè non strozzato nè aderente è lungo 35-40 cm. ed al suo estremo periferico ha un tumore ovoidale grosso poco meno di un uovo di pollo, che ne occlude il lume. Il mesentere del segmento invaginato è di colorito biancastro, notevolmente ispessito, con chiazze fibrose, con vasi venosi turgidi. Asportazione del tumore, enterotomia trasversale: sutura della incisione in triplice strato. Chiusura a strati delle pareti addominali.

Esame macroscopico. Polipo sottomucoso impiantato sulla faccia libera dell'intestino, con peduncolo corto, ovoidale, lungo cm. 6 ½, largo cm. 3, a superficie finemente solcata e cosparsa di piccoli bottoncini molli, facilmente friabili, sanguinanti e di colorito rosso-bluastro, di consistenza molle in superficie, più dura, come fibrosa al centro e verso l'estremo di impianto.

Esame microscopico. Il pezzo è stato prelevato in modo da esaminare, sia la parte libera del tumore, che il suo punto di impianto. Il tumore è rivestito ancora da mucosa, la quale è in parte caduta in disfacimento, in parte è stata sostituita completamente da elementi di infiltrazione parvicellulare, sì da nascondere completamente la struttura. Ove la mucosa è conservata, essa presenta le seguenti modificazioni:

I tubuli ghiandolari sono alquanto schiacciati, deformati, con le cellule disorientate, per quanto l'orletto basale della ghiandola la limiti nettamente dal tessuto circostante, il quale non è costituito dal normale stroma della mucosa, ma di un tessuto a tipo fibrillare, simile a quello che costituisce la parte centrale del tumore stesso. Perciò i limiti della mucosa col tessuto sottostante, non sono nettamente separati, ma la mucosa stessa è stata invasa così da venirne alterati i normali rapporti. Il tumore è costituito da elementi fusati, di eguale volume e regolari, addossati fra loro sì da risultarne fascetti aventi varia direzione ed intersecantisi fra loro: il nucleo di tali elementi è ovalare o elissoidale o a biscotto, in altri casi è sottile, lineare, a bastoncino. Con la colorazione di van Gieson si può osservare che la maggior parte di tali elementi assume la colorazione gialla picrica, mentre altri, meno numerosi e disposti pure in fasci, acquistano quella caratteristica del rosso brillante del connettivo. In mezzo al tessuto si osservano numerosi vasi con pareti ispessite e queste con fenomeni di degenerazione ialina e con lume deformato.

Inoltre si osservano qua e là piccoli accumuli di pigmento, dovuti a pregressi stravasi sanguigni in via di totale riassorbimento. La struttura

Microfotografia.

è uniforme, nè si osserva in nessun tratto fenomeni che possano far pensare ad una trasformazione sarcomatosa.

La *diagnosi istologica* di tale neoplasia è di fibro-leiomioma. La *microfotografia* dimostra il limite tra la mucosa residua ed il tumore vero e proprio nella sua caratteristica struttura.

Il decorso post-operatorio è stato ottimo sotto ogni rapporto. Il paziente, recentemente interrogato, dice di non aver più sofferto alcun disturbo a carico dell'apparato digerente: ha riacquistato la perduta energia, l'appetito ed il suo peso normale (64 kg.).

Varie sono le ragioni che mi hanno indotto a riportare questo caso che credo possa tornare utile al medico pratico, che si trova quotidianamente nella possibilità di dover scrutare nell'oscuro campo dell'addome senza poter trarne quella luce che lo dovrebbe indirizzare verso una esatta diagnosi e quindi una appropriata ed utile terapia. Dalla storia del nostro paziente si vede come strana e molto vaga sia la sintomatologia presentata.

Presenta molti gruppi di sintomi che invece di riunirsi e di accordarsi secondo la logica di un ragionamento, stanno invece in netta contraddizione fra di loro: dolori vaghi, quegli stessi disturbi che quotidianamente capita di sentirci raccontare ambulatoriamente, da chi cade spesso in errori dietetici, per eccesso di cibi o di bevande. Poi alcuni altri sintomi gravi che stanno in netto antagonismo con le condizioni fisiche del paziente e che, ricercati coi comuni mezzi di semeiotica, scompaiono come per incanto e ci lasciano ancora più dubbiosi sulla diagnosi, non solo di natura, ma anche di sede. Il quadro clinico comincia a chiarirsi solo quando cambiano le condizioni dell'alvo e subentrano crisi dolorosissime che culminano in una ultima, violentissima, durante la quale una forte emorragia fa cessare immediatamente quei dolori che non avevano ceduto nè agli impacchi caldo-umidi, nè alla abbondante somministrazione di laudano e ridona al paziente una insolita, per quanto sospetta euforia. Il paziente è visitato da valenti medici i quali in ultimissimo tempo e solo dopo ripetute sedute radiografiche azzardano una diagnosi, riscontrata errata, sia per la natura dell'affezione, sia per la sede, ed affidano il malato al chirurgo.

Ad aggiungere confusione ed incertezza ed a tener lontano il medico dalla giusta via, moltissimo in questo caso ha contribuito la condizione dell'addome, normale per configurazione, ben trattabile ovunque, pochissimo dolente, senza zone particolarmente resistenti, con suono chiaro ovunque alla percussione.

L'*indagine radiologica* del tubo digerente di solito ha un valore grandissimo in questi casi ed è un ausilio preziosissimo; sarei quasi per dire che all'epoca attuale non si concepisce sospetto di affezione addominale senza che si ricorra al valido aiuto del radiologo, sicuri di ottenere da lui quella luce che altrimenti ci sarebbe negata.

Nel mio caso, e qui sta appunto la parte interessante, l'esame radiologico, non solo non ci ha portato il benchè minimo aiuto, ma è venuto ad aumentare quell'incertezza che l'insieme dei sintomi, unitamente alla anamnesi, avevano infuso ai medici sia della prima ora, che a quelli che videro il paziente negli ultimi momenti della malattia. Vengono infatti fatte numerose sedute radiologiche e nulla si trova di interessante. Il pasto di bario e di latte segue il suo cammino regolare, non mostra arresti, titubanze; da queste sedute esce il reperto radiologico che ho riportato: normale il ventricolo, normale tutto il tenue; il crasso, dopo un clisma opaco non ha mostrato aspetto anormale.

La letteratura non riporta che rarissimi casi nei quali in un quadro morboso durato tanto tempo e dovuto ad una forma neoplastica, il reperto radiologico si sia dimostrato decisamente negativo. E nel mio caso, nulla pregiudica il fatto che la forma neoplastica non sia maligna perchè anche i tumori della serie connettivale, dell'intestino, trattati per primo dal Morgagni nel 1762 e per primo descritti istologicamente dal Vogel nel 1845, hanno notevole importanza sia dal lato anatomo-patologico, sia per la svariata sintomatologia clinica che sogliono presentare: spesso anzi attraverso questa sintomatologia ingannevole ed insidiosa, questi tumori provocano complicazioni gravi per la vita, come si è visto in questo caso, pur mantenendo, anatomo-patologicamente, il loro carattere di benignità.

Tutto il tratto digerente può essere sede di questi miomi che furono riscontrati nell'esofago, nello stomaco ed in tutto l'intestino; però, in ordine di frequenza, essi sono più comuni allo stomaco che all'intestino e dell'intestino, la parte più attaccata è il tenue.

I leiomiomi si sviluppano uscendo dalla giacitura intestinale, sia per propria crescita, sia anche per contrazione muscolare, venendo in tal modo a giacere extra-muscolarmente. Si presentano in forma di nodi rotondeggianti o a superficie lobata, per intima confluenza di vari nodi fra di loro, ben circoscritti sui tessuti vicini, dai quali li separa generalmente una capsula connettivale che li rende perciò facilmente enucleabili. Sono tumori essenzialmente benigni che non recidivano nè danno metastasi. Non sto qui a descrivere come si presentano queste neoformazioni istologicamente, prima perchè nell'annessa microfotografia chiaramente se ne vede l'intima costituzione e poi perchè non voglio fare una

trattazione teoretica e cattedratica, ma bensì ricordare, con un esempio pratico, come sia difficile in questi casi arrivare ad una diagnosi esatta anche se a propria disposizione si hanno come sussidio tutti i moderni mezzi scientifici ognora più perfezionati, sia chimici, che fisici e come si debba andare cauti e riguardosi nel giudicare tanti medici costretti ad esercitare lontano dai centri e senza nessun altro aiuto che quel poco di semeiotica imparata durante gli anni universitari.

BIBLIOGRAFIA.

BERNABEO. *Trattato di patologia e terapia generale e speciale chirurgica.*
BARBACCI. Tumori.
CORNIL-RAUVIER. *Histologie pathologique*, pag. 632.
DALMAZZONI. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1920, tomo XLI, n. 88, pag. 941.
DELLANOY. Archives des maladies de l'appareil digestif. Marzo 1923,
FORSTER. *Fibroid des Muscolaris des Ileum.* Virchow's Arch., Bd. 13, 1858.
GIORGI. La Clinica Chirurgica, 1912, pag. 2344.
GROSS. Wien. Klin. Woch., 1901, n. 8.
HALL. Quart Journ. of med., n. 36, 1916.
NEGRI. *Tumori dell'intestino e del mesenterio e loro cura.*
VACCARI. Policlinico, Sez. Chir., pag. 267.

NOTE E CONTRIBUTI.

Recrudescenza della malaria in Istria e come debellare l'infezione.

Dott. M. GIOSEFFI.

Si era avuta con la guerra mondiale, come presso tutti i Paesi, così anche nell'Istria una recrudescenza della malaria. La carestia e la fame che avevano raggiunto proporzioni fantastiche, avevano finito col fiaccare la resistenza individuale degli organismi. La evacuazione quasi completa dell'Istria meridionale, l'abbandono dei campi spiegavano la moltiplicazione dei focolai anofeligeni. Nel circondario di Parenzo, p. e., la percentuale degli infetti era salita dal 6-9 % dell'anteguerra al 26 % degli abitanti nel 1916.

LA RECRUDESCENZA DEL 1924. — Nella passata stagione però l'infezione malarica ha assunto una recrudescenza ancor maggiore per intensità e per estensione. Famiglie intere sono state colpite proprio quando più urgevano i lavori campestri. Nella sola zona di Parenzo e di Orsera, che è una delle maggiormente colpite dell'Istria, furono notificati durante la stagione 2492 casi di malaria e precisamente: 1419 (di cui 341 infezioni primitive) per Parenzo; 1073 (di cui 158 infezioni primitive) per Orsera.

I preparati di sangue inviati alla stazione di accertamento per la malaria presso l'ospedale di Pola furono:

Nel luglio 75, dei quali 11 positivi per la terzana; nell'agosto 161, dei quali 41 p.; nel settembre 158, dei quali 41 p.; nell'ottobre 235, dei quali 87 p.; nel novembre 121, dei quali 32 p. Totale 212 positivi per la terzana.

Positivi per la estivo autunnale: nel luglio 0; nell'agosto 19; nel settembre 19; nell'ottobre 40; nel novembre 36. Totale 114.

Questi casi riflettono solo i malati che ricorsero alle cure mediche; il numero effettivo degli ammalati è stato ancor maggiore; in alcune parti della zona si può calcolare che quattro quinti della popolazione agricola era colpita dal morbo ed anche più.

Anche in comuni nei quali l'infezione era prima sporadica, la malaria prese piede nelle parti limitrofe ai due comuni infetti di Orsera e di Parenzo; così a Visignano si contavano 102 casi di malaria con 51 infezioni primitive (=50 %).

La riaccensione dell'infezione e la formazione di nuovi focolai di anofelismo venne segnalata anche dal versante sud-orientale dell'Istria, dove l'impaludamento progressivo e l'allagamento artificiale della parte bassa della valle dell'Arsa, al quale ha contribuito lo smaltimento dello sterile della società carbonifera « Arsa » nel canale, ha determinato la formazione di nuovi focolai anofeligeni. Anche la società « Alluminio » e la società « Saint », basandosi sopra un diritto che loro concederebbe una legge mineraria ex regime, lasciati i terreni sterili ed incolti, hanno incominciato a sterrare vigne e campi, a levare le zolle dei prati, a sradicare alberi fruttiferi e per portar via la bauxite vi lasciano un terreno sconvolto da buche e da conche, le quali, abbandonate come rimangono, si trasformano poi col ristagno delle acque meteoriche in altrettanti pericolosi focolai anofeligeni.

Quanto benefica sia invece l'influenza antimalarica della cultura della vite, ci fornisce esempi la Sicilia. La vigna oltre che addurre un benessere economico, corregge ed elimina il paludismo. In Sicilia la malaria fu minima finchè la fillossera non distrusse i vigneti, ridiventò massima quando questi tornarono a prato ed a seminati; con la generale ricostituzione della vigna, la malaria cedette di nuovo terreno.

Un'altra causa di questa recrudescenza è evidentemente dovuta alla mancanza assoluta di chinino per un periodo di tempo abbastanza lungo.

Cessata la distribuzione gratuita del chinino per opera dello Stato, abbiamo dovuto deplorare la mancanza dei sali di chinino nelle dispense di sale e tabacchi. Le popolazioni malariche che

avrebbero dovuto trovare dovunque nelle località le più disagiate a loro portata di mano il chinino, non lo hanno trovato invece per settimane e settimane neppure nel capoluogo del circondario e proprio nel periodo dell'acme della curva epidemica.

I comuni non si sono neppur lontanamente sognati dell'obbligo che la legge loro imponeva di fornire il chinino per tutta la durata del trattamento preventivo e curativo dell'infezione malarica agli aventi diritto.

Confidiamo che quest'anno la provincia metterà tutto l'impegno perchè il nuovo indirizzo profilattico possa svolgersi con quella tenacia che nell'interesse di un efficace rendimento della lotta antimalarica si richiede e saprà tenere nel debito conto tutti i suggerimenti che provengono dalla dottrina e dalla pratica.

LA CURA RADICALE DELL'INFEZIONE. — Intanto conviene pensare alla cura radicale delle infezioni che sono rimaste dalla precedente annata.

Fin dal 1902 Grassi formulò le sue conclusioni che la malaria viene propagata unicamente dagli anofeli che nascono innocui e si infettano esclusivamente pungendo l'uomo. Grassi fissava perciò i precetti fondamentali da associarsi l'uno all'altro per debellare la malaria:

a) la cura radicale dell'uomo (bonifica umana) da intraprendere nella stagione interepidemica e da perfezionarsi nella stagione epidemica;

b) la profilassi meccanica per evitare la puntura degli anofeli;

c) la soppressione delle piccole raccolte d'acqua dove gli anofeli depongono le uova e passano i primi stadi della vita; ovvero la petrolizzazione di queste acque per impedire che essi si sviluppino.

Mentre i due ultimi provvedimenti hanno importanza dalla primavera in avanti, nei mesi invernali necessita distruggere i parassiti nel sangue dell'uomo malarico colpito da malaria latente od attiva che sia, al fine di impedire che le nuove generazioni di anofeline, le quali si sviluppano da noi di solito dopo il giugno, vadano ad infettarsi e divenire così nuovi trasmettitori dei parassiti dall'uomo malato all'uomo sano. La cura radicale del malarico, la sterilizzazione del suo sangue o come si suol dire la bonifica dell'organismo umano si considera oggi il precipuo grande indirizzo di lotta, e merita il primo posto nella lotta antimalarica.

La dose minima da usarsi nelle forme di malaria lieve è di 1 grammo di cloridrato di chinino almeno, nelle infezioni perniciose e nelle recidive gravi si salirà anche sino a due grammi.

Fermi propone la pronta cura preventiva *con forti dosi* di chinino ai primi sintomi prodromici. Egli raccomanda pure l'uso del chinino antirecidivante, al primo persistente malessere dopo l'eventuale esposizione a qualche causa deprimente (perfrigerazioni, cambiamenti d'aria, ecc.) del soggetto malarico.

Grassi compendia la bonifica dei soggetti malarici in una cura intensiva di 15 giorni ed attenuata di altri 15, l'una e l'altra da ripetere al ripetersi delle febbri.

A rendersi conto della efficacia di una cura ben compresa della malaria con il chinino, citeremo quanto scrive un insigne malariologo americano, il Bass: « Se i medici del paese » egli dice « riuscissero a guarire tutti i casi di malaria che essi curano, dopo 10 anni ci sarebbe, solo in seguito a questo fatto, una riduzione del 90 % sui casi di malattia. Per mezzo di una ispezione accurata e dell'applicazione rigorosa di una cura efficace è teoricamente possibile eliminare completamente la malaria da una regione infetta. Nella contea di Sunflower, ove questo metodo venne impiegato su di una superficie di 100,000 leghe quadrate, vi fu una diminuzione dell'89.9 % sui casi di malaria nel 1918. *Bisogna convincersi che nessun altro farmaco all'infuori del chinino somministrato in grandi dosi è capace di distruggere il parassita* ».

Ascoli sancisce in breve il precetto: « Usare *il rimedio in dosi forti da 1.5-2.0 grammi* al giorno, fare cure intermittenti, prolungare la terapia ».

Accennerò ancora ad alcuni metodi talvolta usati per vincere le forme cosidette chinino resistenti.

Nocht dà in tutte le forme 5×0.20 oppure 4×0.25 grammi di cloridrato di chinino per 8 giorni, poi: per 3 giorni 5×0.20 e 3 giorni di pausa; per 2-3 giorni 5×0.20 e 4 giorni di pausa; per 2-3 giorni 5×0.20 e 5 giorni di pausa; e così via per almeno sei settimane ogni sesto e settimo giorno con una pausa di 5 giorni.

Ziemann somministra 7 giorni dopo lo sfebbramento 1 grammo di chinino al giorno, poi per 14 giorni ogni 2° giorno, poi per almeno due mesi ogni 4° giorno in modo da avere un periodo intermedio di 3 giorni in cui l'ammalato non prende chinino.

Si ricorre alle iniezioni intramuscolari specialmente nelle forme chinino-resistenti, in casi di diarree ed in genere di turbe del tubo gastroenterico.

Le ragioni per cui in molti casi la cura non sorte all'effetto desiderato dipendono dal predominio che hanno avuto gli igienisti nel fissare le direttive della lotta antimalarica. Si è tenuto poco conto della clinica; da qui gl'insuccessi. Si è trop-

po schematizzato, dove conviene individualizzare. Noi sappiamo che 6-7 ore prima dell'accesso il parassita sta per moltiplicarsi (sporulare) nel sangue; somministrando il farmaco in quell'epoca, esso viene così a trovarsi nella massima concentrazione possibile nel sangue, impedisce la sporulazione, poichè è assodato che la massima dose di chinino riscontrabile nel sangue coincide con la sesta o settima ora a partire dall'istante della sua somministrazione. Se la cura è pronta, intensa, razionale e prolungata, noi vinceremo le prime infezioni usuali anche con la semplice somministrazione del chinino per bocca (Gosio).

Nelle forme chinino-resistenti e nei casi di intolleranza per il chinino, si ottengono splendidi e rapidi risultati anche con la *cinconina* (due grammi nelle 24 ore — Ascoli).

Nella malaria cronica e nella convalescenza dell'infezione acuta, reca buoni servigi una cura ferro-arsenicale; non già che l'arsenico agisca sui parassiti malarici, ma perchè esso stimola la sanguificazione.

Noi potremo riassumere il principio della cura radicale della malaria nel seguente canone: *somministrazione rapida, pronta, intensa di 1.20-2.00 grammi di chinino per due settimane; cura attenuata poi, interrotta da pause; durante questa, cura ferro-arsenicale con stricnina.*

Tutti gli altri preparati, a base di mercurio, ecc., gettati sul mercato, oltre che poco o nulla efficaci, possono riuscire dannosi (nefriti!) e non devono che ispirare legittime diffidenze. Oltre alla smalarina, dimostratasi inefficace, abbiamo provato lo stovarsolo nelle dosi suggerite da Feletti: in 3 casi è rimasto inattivo.

Parenzo (Istria).

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Problemi neurologici a un Congresso ortopedico.

(*Sesta Riunione annuale della Società francese di Ortopedia*. Parigi, 10 ott. 1924).

1ª Relazione: M. MUTEL. *La spina bifida occulta.* — Non sempre il mancato saldamento degli archi vertebrali posteriori rappresenta un'entità patologica, e quando anche lo è non è sempre indice di una lesione midollare primitiva (spina bifida vera). La si riscontra in tre casi:

1) Normalmente alla nascita per scomparire man mano dalla regione dorsale media e guadagnare poi le estremità: essa è quindi persistente sopratutto nell'atlante (saldatura nel 4° anno) e nell'arco della prima sacrale (fino ai 10 anni e oltre). Lo iato sacrale nelle sue variazioni anche nell'adulto, non possiede alcun significato patologico e non ha alcuna relazione con i disturbi organici che può presentare il soggetto.

2) L'immagine radiografica è quella di una malformazione ossea pura interessante sia il rachide solo, che altri pezzi scheletrici delle vicinanze: questa deiscenza vertebrale può essere anche assai estesa e risiedere a qualunque livello senza causare alcun disturbo.

3) Si tratta di una rachischisis dovuta ad una spina bifida occulta vera. In questo caso la deiscenza ossea non è che un fenomeno secondario in cui la malformazione midollare e nervosa può manifestarsi con lesioni a carico del midollo, dei nervi, della cute.

A tre speciali categorie di deiscenza è bene assegnare dei nomi propri: 1) lo hiatus indice di una ossificazione normale ancora incompleta, 2) la fissura indice di una malformazione ossea pura, 3) rachischisis malformazione ossea legata ad una malformazione midollare primitiva.

Dal punto di vista clinico, alcune sindromi di Kippel-Feil (riduzione numerica delle vertebre del collo) è una malformazione essenzialmente ossea, ha il valore di una fessura e non possiede affatto il valore di una spina bifida: così è il caso nelle fessure che si accompagnano nella sopraelevazione congenita dell'omoplasta. A carico della regione cervicale e cervico-dorsale si osservano frequentemente delle lesioni sia puramente scheletriche, delle fessure larghe variabili per numero e posizione, senza manifestazioni ed altre vere e proprie rachischisis strette, sintomatiche di spine bifide, rare.

Eccezionalmente la spina bifida si presenta nella regione dorsale. Alla mancata saldatura degli archi della V lombare e della I sacrale ven-

gono riferite numerose affezioni, ma il relatore ammette solo, con Lance, la scoliosi statica legata alla ineguaglianza della lunghezza degli arti inferiori, presente nell'enorme percentuale del 44,26 %, secondaria ad una aplasia midollare con rachischisis vera, ma non crede che un'eguale origine abbiano le scoliosi per anomalia ossea sacro-lombare, in cui la fessura degli archi posteriori non ha che il valore di una fessura e quindi di una malformazione pura. Qualche volta si nota la concomitanza di una spina bifida vera e di una lussazione congenita dell'anca, l'una indipendente dall'altra o al più col valore di un fenomeno predisponente, altre volte la presenza di un semplice iato vertebrale. Piuttosto complessi sono i rapporti tra la spina bifida e le deformità dei piedi i quali riconoscono per lo più un'origine congenita osteo-articolare, ma talora anche nervosa da un rachischisis manifestantesi poi nell'infanzia. Si tratta per lo più di piedi vari. L'incontinenza essenziale d'urina negli adulti è in rapporto con una spina bifida occulta nel 50 % dei casi, mentre nei bambini la si riscontra solo nel 4 %, ciò che significa che in questi la malattia è di origine riflessa neuropatica. Alla stessa causa si riannodano altri disturbi trofici quali le ulcere, i mali perforanti ai piedi, il trofoedema, la sclerodermia e le stesse sindromi dolorose lombo-rachidee consecutive in tali casi a una meningo radicolite cronica con fenomeni di irritazione o deficienza sensitiva motrice.

Il decorso dei disturbi, legato alla spina bifida occulta, è vario: essi possono coesistere fin dalla nascita o apparire solo più tardi; poichè l'apparizione degli accidenti progressivi è dovuta ad una compressione sui centri nervosi da parte di briglie cicatriziali, a costrizioni di tratti fibrosi, a diminuzione della capacità funzionale del midollo, a disturbi siringo-mielici.

Per la diagnosi di spina bifida occulta l'esame radiografico da solo non basta, ma va associato all'esame dei sintomi locali e di quelli a distanza, dei sintomi nervosi, trofici, nutritivi, motori, non essendo altrimenti possibile, la differenziazione tra semplice rachischisis e spina bifida occulta. Grande importanza ha anche assunto l'uso del lipjodol iniettato sia per via epidurale che sottoaracnoidea poichè quando il liquido di contrasto scende, bisogna ammettere una probabile integrità anatomica, quindi un'aplasia nervosa, mentre che il suo arresto segnala una compressione e la localizza. Questo punto è assai importante poichè pone netta l'indicazione all'intervento. I risultati operatori miglioreranno ancora di più di quello che non siano già oggi rispetto ai tempi passati, poichè nella statistica riunita del Rel. di 46 interventi si contano solo due casi di morte (casi antichi), 9 miglioramenti con 20 guarigioni (63 % di risultati favorevoli).

Discussione. In base a 226 osservazioni di scoliosi essenziale dell'adolescenza, Ombredanne e Lancet concludono come nel 40 % di questi casi si ritrovi lo iato dell'arco posteriore della 5ª lombare, spesso asimmetrico, associato ad una asimmetria anche della vertebra, elemento patognomonico importante di questa malattia. Gli OO. vantano buoni risultati funzionali.

Più raramente l'inflessione è dovuta ad una ineguaglianza di sviluppo degli arti inferiori; l'aplasia dell'arto (il sinistro di solito) sembra in rapporto con la spina bifida occulta. Antri notevoli contributi portarono sull'importante argomento: M. Del Cref, Nové Josserand, Ed. Delcroix, Roederer e Lagrot, Ducroquet, ai quali il Rel. risponde riconoscendo come la schematizzazione della sua relazione è stata forse leggermente accentuata per la chiarezza dell'esposizione, ma come ad ogni modo si imponga oggi una distinzione tra le anomalie di origini ossea e nervosa.

2° Argomento all'ordine del giorno. — HALLEPEAU (Parigi). — *La spalla ciondolante paralitica.*

Fra tutte le paralisi che possono essere causa di spalla ciondolante, occorre distinguere quei casi in cui un intervento può riuscire utile al malato investigando sopratutto su due condizioni: 1) che le articolazioni sottostanti godano di movimenti attivi sufficienti onde permettere al malato di servirsi utilmente, senza apparecchio, del suo arto; 2) che la scapola abbia conservato la sua mobilità poichè le paralisi del dentato, trapezio, romboide, costituiscono una formale controindicazione, mentre quelle del deltoide, dei rotatori della spalla, soltanto, rappresentano la varietà più favorevole.

Di quali metodi terapeutici si dispone oggi?

1) di apparecchi, che sono pesanti ed ingombranti;

2) di metodi chirurgici di cui tre sono i principali.

a) Trapianti nervosi: o innestando il nervo sano sul malato, o addirittura nel muscolo paralitico Questo metodo soffre di un punto debole: occorre venga eseguito assai precocemente, nella 1ª settimana dopo la paralisi, mentre si sa quanto tempo occorre affinchè si circoscrivano gli effetti della lesione nervosa centrale. Si corre il rischio cioè di praticare un intervento inutile se non dannoso.

b) Trapianti muscolari (trapezio, gran pettorale ed altri). Però i movimenti malauguratamente sono limitati e sopratutto mancano di forze e precisione. Sono operazioni di lusso, riservate ai

casi favorevoli in cui la mobilità viene preferita alla solidità.

c) Artrodesi, di cui il Rel. espone la tecnica classica di Vulpius e le sue modificazioni. L'artrodesi sembra l'intervento migliore. Comunque di fronte ad una spalla ciondolante paralitica, nessuna di queste operazioni dovrà essere praticata intempestivamente, poichè molto possono migliorare spontaneamente i muscoli, con l'andare del tempo.

Discussione. Ombredanne si associa alle vedute del Relatore. Così il Froelich, Nové Josserand. Nicod ha praticato l'*accrochage* dell'omero alla spalla con buon risultato. Jorge si è servito con successo di trapianti tendinei; Rochet rinuncia a tutti i mezzi di osteosintesi, ma preferisce un avvivamento completo. Lance detta alcuni particolari di tecnica, esponendo le sue osservazioni personali. Rochet ritiene inutile l'applicazione dei fili.

Si può concludere come il successo nell'artrodesi, che secondo la massima parte degli OO., si è dimostrato il miglior intervento sia legato ad una buona scelta dei casi e ad una tecnica eccellente.

3° Argomento all'ordine del giorno. — MAFFEI. — *La metatarsalgia o malattia di Morton.*

La malattia detta di Morton, consiste in una modificazione dei rapporti normali tra le teste dei metatarsi, consecutiva ad un traumatismo sia lento e progressivo, che violento ed improvviso, provocante il pinzettamento o lo stiramento di uno o più filetti nervosi, e occasionante così un dolore violento caratteristico a tipo parossistico, senza alcuna modificazione anatomo patologica intrinseca negli organi situati nella regione. Bisogna aver sempre dinanzi gli occhi la disposizione normale dei rapporti anatomici, che regolano la forma della volta trasversale sostenuta dai due punti di appoggio esterni (4° e 5° metatarso) e interni (1° metatarso). Questa volta è mantenuta costante dal legamento trasverso del metatarso, dall'aponeurosi plantare profonda e da alcuni muscoli, sopratutto dalla porzione trasversa dell'adduttore dell'alluce, il quale va considerato come il regolatore principale della volta stessa. Ogni modificazione di questa può provocare contrazioni e lacerazioni del muscolo adduttore, mentre sembra anatomicamente parlando, impossibile un pinzettamento delle branche digitali del nervo. Quale è dunque il meccanismo della malattia?

Sono due le varietà ammesse dal Rel. Nella prima la volta trasversale dei metatarsi, si affonda con appiattimento e allargamento del piede, divaricamento dei pilastri e i dolori risultano dagli stiramenti legamentari, da crampi del muscolo trasverso.

Nella seconda, la volta si appiattisce senza allargarsi e i legamenti rimangono intatti, ma i metatarsi si accavallano uno sull'altro, e il dolore risulta dal pinzettamento di un filetto nervoso tra i due ossi spostati. Si comprende facilmente come il meccanismo patogenetico sia differente: nel primo caso si tratta di un trauma violento di breve durata (caduta, salto sui piedi, deambulazione prolungata). Il dolore a sede plantare ha carattere lancinante e viene diminuito con l'uso di una calzatura stretta, mentre nel secondo la pressione laterale improvvisa o prolungata (scarpe strette) provoca una sensazione di pizzicamento del nervo, rendendo insopportabile l'uso della calzatura, mentre si giova dell'appoggio diretto del piede a terra. Questo dolore iniziale si modifica più tardi per le complicazioni, ma costituisce da solo un sintoma importante. La radiografia non mostra alcuna alterazione delle ossa, o al più, nella seconda varietà una leggera adduzione e rotazione dei metatarsi (Bassetta) e permette di differenziare questa sindrome da quelle simili. La cura ortopedica consiste nell'applicazione di calzature larghe e di solette appropriate o nel trapianto tendineo del lungo estensore sulle teste del metatarso, riserbando come metodo di eccezione, come mezzo eroico, la resezione di una delle teste dei metatarsi ai casi assolutamente ribelli.

E. MINGAZZINI.

Cordotomia laterale anteriore in algie incurabili.

(SICARD e ROBINEAU. *La Revue neurolog.*, gennaio 1925).

Di fronte a certe algie il trattamento medico riesce inefficace: e fra le più ribelli si notano le algie cancerose di origine metastatica vertebrale. In questi casi il medico aveva ceduto il posto al chirurgo per la sezione delle radici posteriori del midollo, ovvero per la cordotomia cioè per la sezione trasversale dei fasci di Goll e di Burdach. Sia l'una che l'altra operazione non hanno dato agli AA. risultati soddisfacenti; per essere efficace la radicotomia posteriore si deve estendere ad un numero di radici troppo grande e perciò è di difficile applicazione. In un caso di cancro dell'utero con invasione lombosacrale la cordotomia non ha dato che risultati parziali; le algie dopo l'operazione erano ricomparse vive quanto prima. Non sfiduciati, gli AA. negli ultimi mesi hanno ripreso in esame la convenienza della cordotomia laterale-anteriore ed hanno fatto operare in tal modo 11 malati: algie cancerose (sette), causalgie per amputazione dell'arto inferiore (un

caso), tabe con dolori localizzati negli arti inferiori (due casi), lichenificazione genitale estesa (un caso). Algie dunque della metà inferiore del corpo, perchè la cordotomia è stata finora fatta dall'A. solo in corrispondenza della regione dorsale superiore, strato midollare scelto per le condizioni di operabilità favorevoli che esso presenta: laminectomia facile, lontananza dalla regione cervicale, opportuno raggruppamento delle fibre per la sensibilità dolorifica. L'operazione, schematicamente consiste, nella sezione semplice, senza escissione, di un piccolo quadrante midollare estendentesi perifericamente dalla radice anteriore al legamento dentato, insinuandosi centralmente fino alla regione grigia: lo scoglio è rappresentato dal fascio piramidale incrociato che corre rischio di essere leso se il bistouri è portato poco oltre. Ad un'algia unilaterale corrisponderà una cordotomia unilaterale opposta. La cordotomia bilaterale possibilmente non deve essere fatta allo stesso livello.

I risultati fisiologici ottenuti sono stati i seguenti: La sensibilità tattile è nettamente conservata; la sensibilità termica nettamene pervertita; abolita od estremamente diminuita la sensibilità dolorifica. Restano immutate le sensibilità profonde, la sensibilità ossea. La motilità non viene turbata se non quando è alterato il fascio piramidale: in tre malati ciò ha dato luogo a Babinski, ad esagerazione dei riflessi di difesa, segni tutti di spasmo piramidale scomparsi in breve. Dal punto di vista del trofismo, la cordotomia laterale anteriore ha dato luogo in un tabetico alla formazione di un'escara sacrale con iniziale evoluzione rapida.

I risultati clinici sono notevoli: solo in due cancerosi cachettici, l'evoluzione sembra essere stata affrettata dall'operazione; un terzo malato è morto 4 settimane dopo. Gli altri soggetti hanno sopravvissuto il normale tempo dell'evoluzione cancerosa. Nei due tabetici la cordotomia ha calmato immediatamente i dolori, ma dopo tre quattro mesi sono riapparse le algie non più a carico degli arti inferiori ma nelle regioni superiori del torace, negli arti superiori.

Completamente guarita è stata con la cordotomia la p. affetta da Kraurosi vulvare.

La cordotomia laterale anteriore sul metamero dorsale medio allo scopo di recidere il fascio di Gowers ed il fascio laterale, in mani esperimentate, non è un'operazione dannosa, abbenchè porti con sè dei rischi verso il fascio piramidale e può essere riservata al trattamento delle algie incurabili.

MONTELEONE.

Le neuralgie ascendenti di origine traumatica.

(LERICHE e WERTHEIMER. *Revue de Chirurgie*, 1924, n. 3).

Gli autori riassumono la storia di nove casi di questa forma tra i più tipici ed interessanti pubblicati da altri autori, e quella di tre casi di osservazione personale.

Un individuo di 45 anni dopo quattro mesi dall'amputazione di un dito per patereccio comincia a soffrire dolori al quarto spazio interosseo. I dolori si fanno così violenti che si è costretti ad amputare la testa del metacarpo corrispondente. Dopo pochi giorni ricompaiono i dolori, che si diffondono all'avambraccio, al braccio, al collo, con fenomeni vasomotori, crisi di sudorazione e cianosi, limitati all'avambraccio.

Si pratica la simpatectomia periomerale senza risultato. Poichè i dolori diventano sempre più atroci si procede successivamente all'amputazione della mano, poi dell'avambraccio dapprima al terzo inferiore e poi al terzo medio. Ma i dolori non cessano, anzi si diffondono all'arto superiore del lato opposto.

Una donna presenta in seguito a ferita da taglio al palmo della mano destra una cicatrice spessa aderente ai tendini flessori. Ben presto la paziente comincia a soffrire dolori intensi alle dita corrispondenti con diffusione alla radice dell'arto e fenomeni vasomotori e trofici. Si estirpa la cicatrice ed i dolori cessano, ma in capo al quarto mese ricompaiono. Si pratica la simpatectomia peri-omerale e più tardi la amputazione dell'indice e del relativo metacarpo e poi del medio, ma senza alcun risultato.

Una donna di 52 anni in seguito ad una piccola ferita non infetta al lato cubitale dell'antibraccio sin. comincia a soffrire dolori accessionali localizzati principalmente nel territorio del mediano, accompagnati da cianosi, disturbi trofici delle unghie ed atrofia muscolare. Si procede ad anestesia del plesso brachiale che provoca un sollievo soltanto transitorio.

La sintomatologia della neurite ascendente presenta analogie con la neurite irradiante di Guillain, con la neurite estenso-progressiva di Claude e Chermitte e con la sindrome Babinski-Froment.

L'anatomia patologica della neurite ascendente è quasi sconosciuta. Nell'unico caso nel quale fu praticato l'esame istologico da Dejierine e Thomas si constatarono lesioni degenerative delle ramificazioni del mediano e del radiale, e propriamente delle fibre della sesta e settima radice cervicale con diminuzione di numero delle cellule dei gangli intervertebrali corrispondenti; de-

generazione bilaterale dei cordoni posteriori del midollo. Ma bisogna tener conto che il paziente presentava segni clinici di tabe frustra, il che toglie valore al reperto anatomo-patologico.

Per quel che riguarda la patogenesi si è pensato alla propagazione degli agenti batterici lungo i tronchi nervosi, e si è tentato di provare sperimentalmente tale ipotesi. Homen assicura di aver ottenuto la diffusione lungo i nervi con lo streptococco, lo stafilococco ed il pneumococco. Sicard, Cestan Bauer ed altri nelle esperienze istituite al riguardo hanno avuto risultati affatto negativi. Si è pensato alla diffusione di tossine lungo i nervi analogamente a quanto avviene per il tetano e per la rabbia. Ma oltre al criterio analogico non v'è alcun altro elemento per sostenere la impregnazione tossica dei nervi.

Dalle osservazioni cliniche e dai dati anatomo-patologici finora raccolti Leriche e Wertheimer deducono le seguenti conclusioni:

La neurite ascendente ha il suo punto di origine in una lesione traumatica, quasi sempre di scarsa importanza, dell'estremo distale per lo più degli arti superiori (si conosce un sol caso di un arto inferiore); non è indispensabile la lesione di continuo della cute, è registrato infatti un caso sopravvenuto in seguito a frattura non esposta del primo metacarpo.

Sembra che non si tratti di un processo infettivo, perchè la n. ascendente sopravviene anche in lesioni che evolvono asetticamente.

La n. ascendente si manifesta con grande rapidità, per lo più pochi giorni dopo il trauma, ma la diffusione ascendente è molto lenta.

I fenomeni dolorosi compaiono nel punto o nella regione traumatizzata, si diffondono dapprima a tutta la mano, e poi a tutto il territorio di uno o più nervi, per lo più a quello del mediano, senza però avere una topografia precisa e nettamente sistematizzata.

Ai fenomeni dolorosi si associano quasi sempre disturbi vasomotori e trofici (affinamento delle dita, pelle liscia e lucente, unghie incurvate e striate, iperidrosi e cianosi locale), nonchè atrofia muscolare.

L'evoluzione clinica dimostra una partecipazione delle radici spinali ed anche del midollo. La estensione alle radici si dimostrò sicuramente in un caso di Raymond e Guillain, che constatarono disturbi oculo-pupillari (lesione della prima radice dorsale). La diffusione al midollo si dimostrò in un caso di Souques, nel quale si ebbe propagazione del dolore all'arto dell'altro lato.

Nel maggior numero di individui sofferenti di n. ascendente si constatarono precedenti sifilitici o alcoolici.

Data la incertezza dell'anatomia patologica e della patogenesi gli autori propongono di sostituire al nome di neurite ascendente quello di neuralgia ascendente. Comunque gli autori ritengono trattarsi di una lesione centrale (radici spinali e gangli corrispondenti).

Da questo concetto si deducono le seguenti applicazioni terapeutiche. Al principio dell'affezione, quando i dolori permangono limitati alla mano, la estirpazione della cicatrice dolente o l'alcoolizzazione dei tronchi nervosi può arrestare l'evoluzione della neuralgia ascendente, come sembra siasi verificato in un caso così trattato dagli autori; però quando la sindrome si è sviluppata tanto la simpatectomia, come l'amputazione a qualsiasi altezza sono del tutto inutili. L'unico trattamento efficace è la sezione delle radici posteriori precocemente praticata.

DR.

VIE DIGERENTI.

L'insufficienza pilorica.

(L. BOUCHUT, *Le Journal de Médecine de Lyon*, n. 109, 1924).

L'insufficienza pilorica, nel confronto con la stenosi così ampiamente studiata, è rimasta nell'ombra: essa costituisce una sindrome di importanza minore senza dubbio, ma offre un innegabile interesse e merita di essere precisata semejoticamente. L'A. colla denominazione di insufficienza pilorica comprende gli stati morbosi, nei quali l'azione dello sfintere è turbata in maniera che lo svuotamento gastrico nell'intestino avviene troppo rapidamente. Questa alterazione della funzione sfinterica va dalla incontinenza assoluta, in cui il piloro resta sempre beante, e lascia svuotare lo stomaco a guisa di un vaso bucato, alla insufficienza relativa, in cui lo sfintere, integro o no anatomicamente, oppone una certa resistenza alla peristalsi gastrica.

Etiologia. — Esistono due grandi varietà di cause: quelle che agiscono per distruzione parziale, o totale dello sfintere; quelle che ne turbano la funzione, senza alterarne la struttura. Al primo gruppo appartiene anzitutto il *cancro*, sia nella forma ulcero-vegetante, che spesso evolve determinando prima con le sue vegetazioni una stenosi più o meno completa, e poi con la fase ulcerativa la incontinenza, sia nella forma scirrosa del cancro pilorico che infiltra, ispessisce e irrigidisce la parete, provocando una incontinenza precoce, e non preceduta da una fase di ritenzione. Ma la insufficienza è sopra tutto frequente nel tipo di neoplasma descritto col nome di *linite plastica*, il quale trasforma lo stomaco in un canale più o meno stretto, le cui pareti hanno perduto ogni elasticità. Quando rispetta il piloro

può dare sintomi di stenosi, talora esofagea, a cui segue la insufficienza per l'estensione del neoplasma.

L'*ulcera* è causa sopra tutto della stenosi, e più raramente, quando è terebrante, profonda ed esattamente pilorica, distrugge lo sfintere totalmente o parzialmente, e determina la insufficienza. La *sifilide gastrica* eccezionalmente può determinare la insufficienza del piloro, simulando talvolta la linite plastica. La *tubercolosi* non è stata mai segnalata come fattore di insufficienza pilorica: in genere ha l'aspetto ipertrofico e stenosa.

Al gruppo delle cause che alterano la funzione e non l'integrità anatomica dello sfintere appartengono, per la gran parte, le lesioni gastroduodenali con sede distante dal piloro. Nell'*ulcera del duodeno* è raro il sintomo di insufficienza, e più frequente è il pilorospasmo con ritardo dello svuotamento. L'A. ha constatato incontinenza pilorica in 4 casi di *ulcera della piccola curvatura*, nelle *ptosi gastriche*, in un caso di *gastrite etilica* senza ulcera svelabile radiologicamente e clinicamente, in tre casi di *peritonite bacillare ascitica*, in tre casi di *ascite cirrotica* di origine etilica, in casi di ascite per *carcinosi peritoneale* e di *gastro-radicolite sifilitica*. Altri autori l'hanno osservata in casi di stenosi cicatriziale della seconda porzione del duodeno, di *spostamento* e di *compressione del duodeno*, di *aderenze peritoneali*, di *carcinoma del corpo dello stomaco*, di *mielite da compressione*. Infine è stata osservata in assenza di ogni lesione apparente dello stomaco, dei suoi nervi, o degli organi vicini: negli isterici, in casi di nevrosi gastrica pura, e nel corso di esami sistematici radioscopici in malati che non accusavano alcun disturbo dello stomaco.

Sintomi. — Nell'insufficienza assoluta il solo sintomo clinico è la diarrea, che nei casi tipici è post-prandiale, accompagnata o no da coliche, a forma di lienteria, cioè caratterizzata da feci contenenti alimenti indigeriti. Essa non è, però, sempre postprandiale, e talora segue alle fasi di stenosi pilorica, con costipazione, da cancro. La insufficienza, supposta per i segni clinici, si mette in evidenza con esami appropriati: insufflazione, pasto di prova, radioscopia. Il procedimento più usato, più semplice, più preciso è l'esame radioscopico. La soluzione di bismuto, o di bario, scola senza arresto attraverso il piloro beante in 5 o 6 minuti, se molto aperto, in 10 o 15, se l'insufficienza accompagna la stenosi.

L'aspetto radiologico è vario, secondo la causa: piccolo stomaco, immobile, in continuità diretta col duodeno, nella linite plastica; lacuna più o meno estesa della regione pilorica, o prepilorica nel cancro ulcero-vegetante; rigidità e deformazione di questa regione, nello scirro atrofico; immagine lacunare della porzione verticale, nel cancro del corpo dello stomaco, ecc.

La peristalsi è variabile: nella insufficienza vera, assoluta, lo stomaco è spesso immobile, e più raramente è normale, o presenta una peristalsi esagerata, come quando si combina l'insufficienza con la stenosi.

L'insufficienza relativa è più frequente della assoluta, e più spesso è di natura funzionale, con integrità anatomica dello sfintere. Le cause abituali sono: l'ulcera della piccola curvatura, l'ulcera duodenale, le peritoniti peripiloriche, le gastro-radicoliti, le ptosi gastriche, alcuni stati nevropatici.

I segni clinici sono scarsi: costipazione o diarrea, o alternate specialmente quando il malato prende un pasto un po' abbondante. La radioscopia rivela uno svuotamento rapido del miscuglio opaco in 10-20-30 minuti, che non è continuo, uniforme, ma intermittente, con tempi di arresto, che indicano il persistere della funzione sfinterica. La peristalsi non è sempre esagerata, e spesso è normale, e talvolta diminuita: il piloro lascia passare troppo presto il contenuto gastrico perchè la sua funzione è turbata, e non perchè è forzato dalla violenza della contrazione gastrica. Vi sono vari gradi di insufficienza relativa, da quella che si mostra uguale per i pasti di prova e per il bario, a quelle che si manifestano solo per il bario. Esistono anche insufficienze passeggere, o latenti, che passano inavvertite all'esame radioscopico, se non sono messe in evidenza da una forte compressione della regione prepilorica, che forza momentaneamente lo sfintere. Questa forma larvata sarebbe frequente nell'ulcera duodenale. Infine in alcuni malati nevropatici, o ptosici, si può osservare in uno stesso esame, l'alternarsi della incontinenza e dello spasmo.

Patogenesi. — È facile comprendere l'insufficienza pilorica quando lo sfintere è distrutto, ma come spiegarla quando questo è intatto? Può essere direttamente provocata da lesioni vicine: briglie peritoneali gastropiloriche, duodenopiloriche, vescicolo-piloriche, o semplicemente perigastriche, capaci di far trazione sul piloro, e turbarne i movimenti di chiusura e di apertura. Altre volte interviene una paresi inflammatoria dello sfintere, nel corso di pericolecistiti, di peritonite bacillare, di ascite neoplastica, e forse anche di ascite cirrotica. Bisogna anche assegnare una notevole importanza ai disturbi della innervazione, specialmente dell'apparato ganglionare proprio dello stomaco. Il numero e la qualità dei gangli interessati da lesioni pure varie per estensione e profondità, spiega le differenze consta-

tate nei disturbi delle funzioni motrici dello stomaco. Infine l'innervazione può essere turbata attraverso il sistema estrinseco, centrale e periferico, per lesioni di organi lontani, e talora per cause psichiche, che agiscono modificando i riflessi.

Il difetto di secrezione acida sarebbe, secondo Hayem ed altri autori successivi, una delle principali cause della insufficienza pilorica. Ma le ricerche più recenti dimostrano che l'acido cloridrico non ha il predominio sul controllo dell'apertura e della chiusura del piloro.

Valore semeiologico. — È grande per l'insufficienza assoluta, che impone un esame più minuzioso della regione duodeno-pilorica, e della piccola curvatura, in rapporto alla loro mobilità e allo stato del loro contorno. Spesso, così, appaiono dei segni che sfuggono a un esame meno metodico, e che permettono di affermare l'esistenza di uno scirro atrofico del piloro, una linite localizzata all'antro, un cancro del piloro o della piccola curvatura, che ancora non hanno una immagine lacunare sicura. Si possono trarre dati utili per l'indicazione operatoria, o per la inutilità di questa: se l'esame clinico e radioscopico escludono la possibilità di una resezione, diviene inutile la gastro-entero-anastomosi, se il cancro mantiene il piloro aperto. L'insufficienza relativa per la sua apparizione nelle circostanze più dissimili, perde del suo valore semejologico e rende dubbie le conclusioni: considerata da sola, non autorizza alcuna diagnosi, ma delle ipotesi che bisogna verificare con varî mezzi di esplorazione, e sopra tutto con l'esame clinico.

A. PICCINELLI.

Le amputazioni spontanee sconosciute dell'appendice.

(DELMAS. *Journal de Chirurgie*, novembre 1924).

Le amputazioni spontanee dell'appendice possono avvenire durante un attacco di appendicite e se s'interviene immediatamente per la peritonite, i due segmenti saranno facilmente reperibili anche se non siano facilmente asportabili.

Ma se l'amputazione avviene durante una crisi, senza che si reputi necessario l'intervento, si formano delle aderenze circoscriventi un ascesso, che finisce in seguito col riassorbirsi, mentre i due monconi dell'appendice si obliterano ed il moncone distale può anche scomparire. Molto spesso accade invece che la vitalità di questo segmento è assicurata sia per la resistenza del meso e delle sue arterie, sia per la neovascolarizzazione dai tessuti circostanti.

La persistenza vitale di questo frammento appendicolare distale, espone con facilità alla infezione per via sanguigna o linfatica ed alla consecutiva formazione di un ascesso incistato a pareti sottili, la cui perforazione probabile espone il malato ad una peritonite generalizzata.

D'altro canto se si ammette che anche il moncone cecale possa subire per proprio conto una evoluzione simile, facilmente si comprendono i danni ai quali viene a trovarsi il malato in seguito a queste autoamputazioni, e come perciò sia importante il ricercarle e riconoscerle durante un intervento od un reintervento per evitare le recidive postoperative e tutte le loro conseguenze.

L'autoamputazione che non ha richiesto un intervento d'urgenza, e perciò è rimasta sconosciuta, è del resto secondo l'A. estremamente rara, ed egli ne ha trovati nella letteratura 9 casi ai quali ne ha aggiunti altri 5 inediti (1).

Dal lato anatomo patologico, l'A. distingue nell'autoamputazione un'origine infettiva (appendicite perforante necrotica), un'origine meccanica (strozzamento per briglie congenite od acquisite agenti sul meso appendice o sulla stessa appendice), ovvero può aversi l'associazione dei due meccanismi e lo sfacelo per arresto della circolazione. Si parla di amputazioni complete quando i due frammenti sono distaccati totalmente, e di incomplete quando sono riunite per mezzo del meso appendice, o di una specie di cordone più o meno grosso residuato ad appendicite obliterante o sclerosante.

La sede della sezione più spesso è alla base, o alla sua metà od alla punta. Il moncone appendicolare presenta generalmente un aspetto caratteristico, essendo circondato da un tessuto cicatriziale, con disposizione longitudinale o radiale; la sua consistenza dura, sclerotica, la differenzia dalla punta normale, inoltre è sprovvista della piccola frangia grassosa, che si trova costantemente all'estremità dell'organo sano.

Riguardo al segmento libero nelle amputazioni complete la sua sede è variabilissima; nel maggior numero dei casi si fissa dietro il cieco, alcune volte intraperitoneale, altre volte extraperitoneale; si può trovarla a contatto del fegato o delle pareti anteriori.

Dal lato clinico non vi è alcun sintomo che faccia supporre un'amputazione durante una crisi di appendicite acuta, e può avvenire che si abbiano solamente i sintomi di una peritonite localizzata o generalizzata, che se l'individuo non è stato mai operato può passare inosservata.

(1) Si deve osservare come l'affermazione dell'A. sulla rarità dell'autoamputazione sia inesatta. Non è raro trovarne amputate, come è occorso al prof. Alessandri in due casi, in uno dei quali ricorse all'avvicinamento ed alla sutura dei due monconi, ed al dott. Egidi che ebbe occasione di osservarne un caso con appendice completamente distaccata alla base.

Ma viceversa se si tratta di individui già operati di appendicectomia si può essere portati fuori strada, sospettando una colecistite, una salpingite, una epiploite, ecc.

In quelle due contingenze è necessario tener presenti questi dati: se il malato non è stato mai operato, prima dell'operazione si cercherà di precisare con cura la topografia del dolore, le sue variazioni possibili fra una crisi e l'altra, ed in particolare i sintomi di una appendicite retrocecale o di una forma pelvica. Cosicchè con queste precauzioni in presenza di un'appendice trovata amputata si dirigeranno le ricerche del moncone staccato con metodo. Durante l'operazione bisogna sempre verificare la punta dell'appendice: l'assenza della frangia grassosa, un aspetto cicatriziale della punta, la brevità dell'appendice, faranno pensare all'autoamputazione.

Per cercare perciò il frammento aberrante si esplorerà la regione ileo appendicolare, il meso appendice, la fossa retrocecale, la zona retrocolica destra, il piccolo bacino, esplorando col dito, badando di non scollare un'appendice senza vedere quello che si fa e cioè rischiando di distaccare aderenze e rompere qualche arteriola importante, determinando un'emorragia difficilmente frenabile.

Se poi si è in presenza di una recidiva postoperatoria s'interviene generalmente a caldo e se si trova che l'asportazione dell'appendice è controindicata dallo stato generale del malato, ci si contenterà di drenare ampiamente la cavità peritoneale.

PANDOLFINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Prof. G. PARLAVECCHIO. *Contributi di terapia e tecnica chirurgica.* Vol. I in-8° grande, di pag. 448, con 182 figure originali. Tip. Gustavo Travi, Palermo, L. 40.

Il prof. G. Parlavecchio si è proposto dietro le numerose insistenze ricevute da Colleghi ed allievi di riunire e pubblicare in un unico libro i numerosi metodi di terapia e tecnica chirurgica ideati da lui e dalla sua scuola in 33 anni di pratica clinica e in 24 anni d'insegnamento.

Questi metodi sono già ben noti a tutti i cultori delle discipline chirurgiche in Italia, ma certamente il prof. Parlavecchio ha fatto ora un'opera molto lodevole e di grande utilità pratica riunendoli in un unico libro in modo da renderne più facile la conoscenza a chi ancora l'ignorava, e facile la consultazione a chi pur non ignorandoli non può tenerli sempre presenti in tutte le loro particolarità. Questa raccolta riesce, malgrado il suo modesto titolo di contributo di terapia e tecnica chirurgica, un vero trattato di chirurgia operativa, fornito di numerose, chiare e dimostrative figure. L'intera opera è distinta in due volumi.

Nel primo volume è trattata la parte generale ed in successivi capitoli la chirurgia del cranio, della faccia, del collo, del torace, e degli organi toracici, della mammella, delle pareti addominali, del peritoneo, delle ptosi addominali.

Nel secondo volume in corso di stampa sarà trattata la chirurgia dello stomaco, dell'intestino, della regione ano rettale, del fegato e vie biliari, del pancreas, della milza, dei reni e delle vie urinarie, degli organi genitali maschili e femminili e degli arti.

Come si vede la genialità operativa chirurgica del prof. Parlavecchio si è svolta pressochè in tutti i campi ideando numerosi, nuovi ed originali interventi. Se qualcuno di questi può forse prestarsi a qualche discussione e non essere senz'altro accettato dalla unanimità degli Operatori, pur tuttavia bisogna riconoscere che tutti i metodi del Parlavecchio indistintamente sono fondati sopra la esatta e profonda conoscenza dell'anatomia chirurgica e derivano da una pratica non solo lunga ma guidata da una intelligenza superiore alla comune. Il Parlavecchio non solo ha immaginato nuovi metodi operativi, ma ha anche ideato dei nuovi strumenti in parte veramente originali, in parte perfezionamenti di strumenti già conosciuti che corrispondono molto bene nella pratica e che sono descritti e raffigurati nel trattato ora in pubblicazione.

L. D.

DUPUY DE FRENELLE. *Pour diminuer le risque opératoire.* A. Maloine edit., Paris, 1924.

I principali rischi operatori sono: l'intossicazione anestesica, l'emorragia, le infezioni e lo choc operatorio. Per ridurli al minimo occorre attenersi a determinate norme che la esperienza ha insegnato e che l'A. nel suo libro raccoglie e discute in capitoli distinti per ciascuno dei suddetti rischi.

Nella prima parte del lavoro tratta dei mezzi di cui disponiamo per valutare la resistenza del malato e del modo come questi deve essere preparato all'atto operatorio; nella seconda tratta della anestesia generale e spinale; nella terza dei mezzi di prevenire e combattere la infezione; e nella quarta di quelli per prevenire e combattere lo choc operatorio e la emorragia.

L'insieme di questi capitoli forma un bel volume di 350 pagine corredato di numerose figure illustrative.

A. CER.

M. ZONDEK. *Le affezioni chirurgiche dei reni e degli ureteri.* Pag. 254, fig. 80. Berlin, Springer 1924. Marchi oro 13,20 (circa L. 70).

Nella numerosa messe di pubblicazioni dedicate alle nefropatie chirurgiche, il libro di Zondek prende posto onorevole. Esso ha il valore di un'esposizione clinica dello stato attuale della chirurgia dei reni ed ureteri. Si basa infatti sulla esperienza 25.enne dell'A. ed è una chiara esposizione di ciò che veramente si osserva al letto dell'ammalato e al tavolo operatorio. È la descrizione, cioè, di frequenti ed infrequenti complicazioni e postumi di solito non descritti negli altri manuali più generali o d'indole scientifica. Privo delle parti dottrinali, ogni nozione teorica si riallaccia immediatamente ad un fenomeno pratico, di guisa che tutto ciò che sembra difficilmente comprensibile, trova la sua logica spiegazione in una reale ed anatomica lesione. Alcune rarità, qualche nuova idea sulla patogenesi e sulla cura di alcune lesioni renali contribuisce a rendere con le chiare figure, più interessante questo breve manuale.

E. M

V. PUCCINELLI. *Peritoniti acute.* Bologna, Cappelli, ed., 1924.

Il lavoro è diviso in due parti: in una prima sono trattate le peritoniti acute in generale; in essa sono riferiti alcuni interessanti esperimenti personali tendenti a dimostrare il meccanismo dell'assorbimento peritoneale e sono riportate osservazioni istologiche originali riguardanti le lesioni anatomo-patologiche osservate nell'uomo.

In una seconda parte sono trattate partitamente le varie peritoniti, per ciascuna delle quali è portato un notevole contributo statistico che nel complesso riguarda 1415 casi occorsi per la quasi totalità in varî reparti ospitalieri diretti dal Professor Bastianelli a Roma o al fronte « offre, perciò, per dire le parole del prof. Bastianelli stesso, una parte clinica di esperienza non comune e basato sopra una grande statistica degli ultimi anni, di un solo reparto chirurgico che ha lavorato per tutto il tempo sotto la stessa direzione. L'importanza di tale statistica non domanda di essere illustrata ».

Ma un altro pregio notevole del lavoro è una bibliografia vastissima divisa opportunamente a seconda dei varî capitoli trattati.

È un lavoro seriamente condotto che può riuscire molto utile per gl'insegnamenti pratici che se ne possono trarre e come guida a ricerche sull'argomento.

GIROLAMO MATRONOLA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta straordinaria del 7 febbraio 1925.
Presidenza: Prof. V. ASCOLI, presidente.

Importanza diagnostica del pneumorene semplice o associato alla pielografia.

Prof. R. ALESSANDRI. — L'O. illustra i vantaggi del pneumorene nella diagnostica delle affezioni chirurgiche sia semplice che associato alla pielografia.

Sebbene esso non costituisca un metodo d'indagine ordinaria, con dimostrazioni radiografiche, mostra quali vantaggi si possono ottenere nella visibilità del rene, delle anomalie, delle alterazioni patologiche.

Il prof. DIONISI rileva l'importanza del metodo in caso di rene unico a ferro di cavallo e in eventuali altre anomalie il cui rilievo può essere di importanza vitale per il malato.

Il punto doloroso epatico posteriore.

Prof. G. SABATINI. — L'O. indica la sede anatomica di un punto doloroso alla pressione della parete posteriore del torace in casi di congestione e calcolosi epatica, punto doloroso più frequente degli altri nelle sue esperienze.

Il prof. MARGARUCCI accenna ad altro punto doloroso in corrispondenza del III spazio intercostale posteriormente.

Mucocele dell'appendice, suoi rapporti col pseudomixoma del peritoneo.

Prof. O. MARGARUCCI. — L'O. dopo avere esposto le nozioni attuali sulla patogenesi del mucocele illustra due casi di mucocele appendicolare da lui operati con ottimo risultato e ne presenta i pezzi anatomici.

La reazione di Botelho nei tumori maligni.

Prof. R. BRANCATI. — L'O. riporta i risultati delle sue esperienze in casi chirurgicamente ed anatomicamente controllati, e conclude che la reazione di Botelho mostra nelle percentuali una frequenza massima di positività fra tutte le reazioni praticate per la diagnosi di tumore.

E. GROSSI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 30 gennaio 1925.
Presidenza: Prof. A. CEVIDALLI, presidente.

Ricerche anatomo-patologiche sull'esclusione sperimentale chiusa dell'intestino.

L. BADILE. — L'O. riferisce l'esito di 70 esperimenti divisi in due gruppi. Trenta animali subiscono esclusione di un tratto di tenue con allacciatura dei capi, previa entero-anastomosi. L'espe-

rimento fallisce, perchè si riproduce in tutti la canalizzazione. In altri 40 si pratica l'esclusione chiusa di 15 cm. di ileo con recisione dei capi, dopo un digiuno più o meno prolungato. In alcuni l'ansa è lasciata intatta, in altri viene lavata con soluzione diluita di carbonato di soda, in altri infine la si deterge con soluzione fisiologica tiepida. Si ha una grandissima mortalità, che diminuisce negli ultimi esperimenti e qualche animale ha vissuto tredici mesi e oltre.

La grande mortalità è dovuta precipuamente alla flora batterica sempre numerosa che normalmente vive nell'intestino allo stato saprofitico, la cui virulenza viene esaltata dalla variazione del mezzo nutritivo creato dal nostro intervento. Difatti nell'ansa esclusa si ha: ristagno, difficoltata circolazione sanguigna per distensione della parete; congestione venosa iniziale di origine complessa e trasudazione all'interno di una sierosità alcalina che trasforma il contenuto in un terreno ideale per lo sviluppo della maggior parte dei microbi. Compreso questo primo stadio si spiegano benissimo quelli successivi di infiltrazione, infiammazione, necrosi della parete, a seconda della virulenza dei batteri nell'ansa contenuti.

Le Begiatoasi (Begiatoa albicans n. sp.-mihi).

Prof. O. CASAGRANDI. — In questi ultimi tempi si sono pubblicate delle osservazioni su forme di Begiatoe esistenti nell'intestino dell'uomo. L'O. ha avuto occasione di trovare una Begiatoa nella urina di una paziente la quale soffriva di una forma di vaginite, presentantesi come una infezione da Mughetto.

L'esame del materiale prelevato dalla patina bianco-giallastra che copriva le piccole labbra e si mostrava tappezzare anche buona parte delle pareti vaginali, mostrò la presenza di un parassita che aveva i caratteri di una Begiatoa.

Lo stesso parassita, ed in grande quantità, fu trovato nell'acqua potabile del luogo.

Poichè sonvi molti che ascrivono le Begiatoe al gruppo delle Oscillarie, si potrebbe anche fare rientrare la infezione in discorso tra le Oscillariasi: ritengo però più opportuno lasciare le Begiatoasi a sè per quanto vicine alle Oscillariasi.

D'altro canto non si conosce finora alcuna Oscillaria parassita della vagina, ma come parassita dell'intestino.

La specie da me osservata appartiene al tipo delle Begiatoe albe.

Dato il suo sicuro parassitismo, la denomino Begiatoa albicans n. sp.-mihi.

Anemia perniciosa a tipo aplastico in gravidanza curata con il solfuro di antimonio colloidale.

F. CLAUSER. — Illustrazione di un caso di gravidanza al VII mese complicata da malaria e da anemia perniciosa progressiva a tipo aplastico (mancanza assoluta di globuli rossi nucleati in circolo). L'interruzione della gravidanza (provocata col metodo Krause) e le iniezioni di preparati ferro-arsenicali non recarono alcun vantaggio, anzi si osservò un continuo peggioramento della paziente, le cui condizioni in 6ª giornata di puerperio erano disperate. Si decise allora di tentare le iniezioni endovenose di solfuro d'antimonio colloidale, la cui azione sugli organi ematopoietici era stata studiata da MENEGHETTI negli animali. La nuova cura diede dei risultati insperati perchè si riuscì a determinare con sole 3 iniezioni la reazione eritroblastica nell'organismo della paziente, che 18 giorni più tardi potè abbandonare la Clinica in buone condizioni. Si consiglia l'uso di questo medicamento nelle anemie perniciose, al fine di studiarne la reale efficacia e determinarne più esattamente la posologia.

Considerazioni sul nicotinismo, l'ambliopia nicotinica e loro cura.

Prof. V. RUATA. — L'O. dopo aver passato in rassegna il quadro sintomatico dell'avvelenamento cronico da tabacco, viene alla conclusione che le alterazioni visive dovute all'abuso di tabacco, che erroneamente vengono chiamate *Ambliopie alcoolico-nicotiniche*, non rappresentano una malattia oculare a sè, ma devono invece considerarsi come manifestazioni secondarie ed appartenenti al complesso di sintomi dell'avvelenamento cronico generale, dovuto al tabacco: in altri termini, l'ambliopico nicotinico non è un intossicato in cui soltanto l'apparecchio visivo è compromesso — ma in cui l'avvelenamento cronico si estende contemporaneamente ad altri organi che ne subiscono le stesse alterazioni.

I vomiti nei lattanti.

Prof. L. D. VERONESE. — L'O. distingue i vomiti in nervosi, accidentali, causali acuti, abituali o causali cronici. Dedica a questi ultimi particolare attenzione, esponendo i fattori genetici principali e cioè: un fattore costituzionale, diatesi neuropatica; un fattore anatomico *congenito*, stenosi ed ipertrofia pilorica, ed uno *acquisito*, pilorospasmo, gastroparesi, gastroectasia; un fattore meccanico; iperalimentazione ed ipoalimentazione; un fattore chimico agente direttamente: iperacidità abituale (capace di determinare lo spasmo pilorico); un fattore tossico, agente in via riflessa: *a*) avitaminosi, alterato ricambio del calcio, turbe paratiroidee, tetania; *b*) alterato ricambio dei grassi, acidòsi (lipotassia); un fattore infettivo, sifilide, tubercolosi, malaria, ecc.

Discusse tali cause patogeniche, esposte le principali caratteristiche del vomito e i sintomi clinici generali nelle varie forme, l'O. riassume le osservazioni ricavate dallo studio di 42 casi di lattanti affetti da vomiti abituali, dalle quali risulta che nel 34.7 % la patogenesi è da ricercarsi nella lue; nel 14,4 % nella tubercolosi; seguono poi le altre cause precedentemente enunciate.

A. R.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

A proposito degli accidenti sincopali gravi dovuti alle punture pleuriche.

M. Barbier (*Bullet. et mém. de la Soc. des hôp. de Paris*, 1925, n. 5) partendo dall'esposizione di un caso di morte improvvisa in seguito alla puntura della pleura fatta da L. Kindberg, richiama di nuovo l'attenzione dei medici sugli accidenti gravi che in tale circostanza possono sopravvenire nei bambini ed in specie nei lattanti, e ricorda i due casi seguenti:

Un bambino dagli otto ai dieci mesi era affetto da qualche giorno da broncopolmonite degli apici sulla cui natura l'A. era indeciso, ma che fu svelata poi da un esame dello sputo mostrante numerosi bacilli di Koch. Orbene, in un certo momento nel bambino in questione fu constatata la presenza di una sporgenza nella regione sterno clavicolare destra con ottusità e forte soffio. Hutinel ebbe a visitarlo e, sospettando una pleurite, fece eseguire una puntura: non appena l'ago era penetrato il bambino ebbe pallore, stato sincopale donde fu tolto con difficoltà.

Il secondo caso riguarda un lattante della stessa età, atrofico, cachettico, dispeptico: anche in questo, sospettata una pleurite ed introdotto l'ago, pallore sincope, morte.

In nessuno dei due casi vi era stata sottrazione di liquido: l'ago aveva punto un polmone congesto.

L'A. non dà alcuna spiegazione sulla patogenesi, ma insiste che i giovani medici si debbono ben guardare dalla asserita innocuità della puntura pleurica, riportata nei libri. E gli accidenti temibili sono più facili ad aspettarsi nei lattanti indeboliti, intossicati, cianotici, specie colpiti da cianosi pallida: si potrebbe in questi casi ravvisare una certa somiglianza con la morte improvvisa che sopravviene in bambini difterici, profondamente intossicati, asfittici, quando si tenta di intubarli. L'A. ha visto prodursi delle sincopi mortali semplicemente esaminando con l'abbassa-lingua, la gola. Nella stessa categoria delle controindicazioni debbono essere posti i piccoli affetti da grosse adenopatie bronchiali, tubercolari, specie quando esse abbiano già dato luogo ad accidenti cardio-respiratori.

Chauffard, allo scopo di evitare, nei limiti del possibile, questi terribili accidenti di inibizione cardiaca, non fa mai eseguire una toracentesi senza aver prima praticato una iniezione di olio canforato, di stricnina o di sparteina.

MONTELEONE.

Gli autovaccini nella diagnosi e nel trattamento dell'asma.

Vi sono asmatici che, mentre non reagiscono alle proteine alimentari o polliniche, sono sensibili a certi autovaccini batterici. Per la preparazione di questi, si devono esaminare accuratamente tutti i possibili focolai di infezione, quali il naso, i diversi seni, le cripte tonsillari, gli ascessi dentari, le adenoidi, l'espettorato, le feci, il contenuto duodenale nei casi di infezione biliare, l'urina, le secrezioni uterine. Si fanno colture su agar-sangue ed in brodo glucosato, isolandone i germi e preparandone i vaccini. Per la titolazione di questi, S. Thomas, W. Famulener e M. de Mony Touart (*Archives of internal medicine* e *Presse médicale*, 17 genn. 1925) usano il metodo di Hopkins, in cui l'unità rappresenta la quantità di sostanza batterica contenuta in cmc. 0,1 di una sospensione a 1 % preparata con i batteri centrifugati in condizioni determinate. L'emulsione viene poi sterilizzata a 60°-65° per un'ora.

Per la diagnosi, si inietta nel derma l'unità (cmc. 0,1). Si hanno poi due tipi di reazione, quella rapida (10-30 minuti dopo l'iniezione), che scompare rapidamente. Quella tardiva si sviluppa da 12 ore a 2 giorni dopo e dura 2-5 giorni ed anche più. Si devono seguire le particolarità della reazione (estensione del rossore, dell'indurimento, eritema periferico, sensibilità, eventualmente pustola, linfangite, febbre) da cui si può affermare il risultato positivo. La reazione negativa indica che il germe è inoffensivo. La reazione positiva può aversi anche con germi non patogeni.

Si sceglie poi per la cura *la*, o *le* specie batteriche che hanno dato la reazione, iniettando il vaccino dosato in ragione di 1 miliardo per cmc. ed invece di 500 milioni per certe specie patogene (streptococco emolitico, penumobacillo). Ogni germe viene iniettato separatamente allo scopo di controllare l'intensità delle reazioni locali, che devono essere attenuate e consistere in leggera tumefazione, eritema della regione della durata di 2-5 giorni. La dose iniziale è di 100 milioni, e va aumentata progressivamente fino ad ottenere la desiderata reazione cutanea, per la quale, nei casi dell'A. furono raramente necessarî più di 400 milioni. All'inizio, le iniezioni si fanno ogni 2-3 giorni, aumentando in seguito gli intervalli fino a 5-7. Nei 62 casi trattati dagli AA., la durata del trattamento fu di sei settimane e si ebbero 51 % guarigioni complete, 22 % miglioramenti, ed il 13 % insuccessi. Fra questi

sono da menzionare 2 casi con concomitante tubercolosi polmonare, ed in altri sinusiti con polipi nasali, migliorati poi con la cura chirurgica.

fil.

La terapia dell'asma.

W. Storm van Leuwen (*Die Therapie der Gegenwart*, 1924, n. 3) osserva che il decorso dell'asma è influenzato da malattie intercorrenti che possono avere effetti favorevoli o sfavorevoli. Il miglioramento che si può avere dopo l'angina, la polmonite, l'influenza, ecc. dura per 3-6 settimane.

Fra le albumine eterogenee da introdursi nell'organismo per la terapia dell'asma, l'A. dà la preferenza alla tubercolina, alla quale tutti gli asmatici reagiscono, se non come prova di Pirquet, come reazione generale. L'A. incomincia con dosi piccolissime: 1-10,000,000 se il paziente reagisce alla tubercolina o se vi è sospetto di tubercolosi. Si ripetono le iniezioni dapprima due volte la settimana, poi una, poi se ne fanno ogni 2-3 settimane, continuando fino ad un anno. L'A. ha così otteuto il 50 per cento di guarigioni, il 38 per cento di miglioramenti, mentre il 12 per cento è rimasto stazionario. Tali risultati si sono avuti anche in malati curati ambulatoriamente.

Risultati più rapidi si ottengono con la galattoterapia, incominciando con l'iniezione sottocutanea di cmc. 0,1 a cui dopo alcune ore se ne fa seguire una di cmc. 0,5. Il giorno dopo si inietta 1 cmc. e poi 5-10 (per via endomuscolare). Se nel periodo febbrile l'asma peggiora, si inietteranno piccole dosi (cmc. 0,01). Se durante tale periodo le condizioni si mantengono invariate, tale terapia è inutile.

Buoni risultati si possono ottenere anche con le iniezioni endomuscolari di zolfo (all'1 per cento in olio di oliva). La iniezione di 1 cmc. dà dopo 12 ore reazione generale (febbre, cefalea, malessere) e locale, dopo di che le condizioni migliorano. Si continuano le iniezioni (sottocutanee) di cmc. 0,1-0,5. Se invece le condizioni peggiorano, si possono tentare le dosi piccolissime.

Scarsi risultati si ottengono con le iniezioni di peptone e con gli autovaccini; questi ultimi però qualche volta possono essere utili. Importante è la dieta che deve essere apurinica, a meno che gli ammalati tollerino male il burro, il formaggio, il latte. Consigliabile è la peptono-terapia per via orale, facendo prendere, tre quarti d'ora prima di ogni pasto, mezzo grammo di peptone ed evitando ogni introduzione di cibo fra i pasti.

Per la cura dell'accesso, è consigliabile l'adrenalina, a dosi di cmc. 0,2-0,6, eventualmente ripetute più volte al giorno.

fil.

L'avvenire dei pleuritici.

La frequenza con cui individui che hanno sofferto di pleurite essudativa, ammalano in seguito di tubercolosi polmonare, è messa in evidenza da una statistica fatta al Centro di Riforma di Nantes da Brulet (*Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, Paris, gennaio 1925).

L'A. su 37 soldati esaminati, che avevano avuto in precedenza una pleurite siero fibrinosa, ne ha riscontrati 6 affetti di tbc. polmonare.

Unendo il risultato di questa statistica con quello dell'anno precedente, in cui su 42 antichi pleuritici ve ne erano 6 affetti da tbc. polmonare, si ha che su 79 pleuritici 12 sono divenuti tubercolosi, vale a dire il 15 % dei soggetti che hanno avuto una pleurite siero-fibrinosa e sono guariti da questa tbc. pleurale qualche anno dopo ammalano di tubercolosi polmonare. Ma non basta. Gli altri pleuritici, guariti per quanto riguarda la pleura e il polmone, con o senza reliquati, o con senza sclerosi pleuro polmonare, resteranno sempre indenni dalla tubercolosi polmonare?

Parecchi di essi, dopo la pleurite, possono presentare altre lesioni specifiche. L'A. fra gli altri 31 soggetti esaminati, ha osservato una amputazione per tumore bianco del piede, due m. di Pott, una tubercolosi osteo articolare della spalla e due tubercolosi ganglionari.

A. POZZI.

Emottisi tubercolari e non tubercolari.

Negli ultimi anni, l'attenzione si è rivolta ai falsi tubercolosi ed in specie alle alterazioni delle vie aeree superiori che possono simulare la tubercolosi. Ricercando la parte che hanno nell'etiologia delle emottisi le varie affezioni, dall'esame di 1007 casi Lanfer e Vitry (*La Presse médicale*, 1924, n. 40) sono portati a stabilire la seguente tabella:

A) Tubercolosi chiare: 1) emottisi di origine polmonare, 569; emottisi non polmonari per lesione rinofaringea non tuberc., 6; per laringite tuberc., 4.

B) Non tubercolosi: lesioni del naso, 71; lesioni del faringe, 108; lesioni delle gengive, 5; lesioni del laringe e trachea, 6; congestioni polmonari, 86; bronchiettasie, 37; intossicazioni da gas e acidi, 28; intossicazioni da etere, 2; traumi toracici, 9; cardiopatie, 13; affezione esofagogastriche, 9; senza causa determinata, 54.

Risulta da queste cifre che le emottisi possono esser riferite alla tubercolosi polmonare meno che al 60 % dei casi. A notare i casi di emottisi in tubercolosi, dovute non al loro stato polmonare, ma a lesioni rinofaringee banali. Le vegetazioni adenoidi sono meno rare nell'adulto di quel che non si pensi; le emorragie che esse producono

durante il sonno fanno sì che il sangue si accumula nell'ipofaringe e che il malato allo svegliarsi espettori del sangue. Lo stesso avviene per le epistassi notturne. MONTELEONE.

TECNICA MEDICA.

Il metodo del vescicante nella tecnica sierodiagnostica.

A. Rubino (*Minerva medica*, 15 ottobre 1924) ha fatto ricerche allo scopo di vedere se, al siero di sangue ottenuto per estrazione del sangue dalla vena, poteva sostituirsi il siero ottenuto invece dal vescicante. Risulta che il siero del vescicante non è infiammatorio in grado degno di nota, è sempre limpido e non presenta mai diffusione emoglobinica, tranne nei casi in cui le pareti dei vasi capillari sono abnormemente permeabili ed esiste diatesi emorragica.

La reazione di Wassermann e quella di Vidal eseguite sul siero di sangue e sul siero delle vesciche danno sempre risultati concordanti, per cui si possono con sicurezza eseguire tali reazioni soltanto sul siero del vescicante. Qualora venisse dimostrato che i caratteri fisici e chimici del siero di sangue e di quello da vescicante concordano appieno, anche le altre reazioni che si praticano sul primo potrebbero invece eseguirsi sul secondo.

Il metodo del vescicante presenta anche altri vantaggi; esso è quasi indoloro per l'ammalato, è di applicazione assai più facile, specialmente nelle persone grasse ed in quelle facilmente impressionabili; permette molti esami consecutivi sullo stesso ammalato, ed è inoltre di indiscutibile valore nella pratica infantile, data la difficoltà della puntura delle vene nei bambini. [Va però tenuto presente che la cantaridina potrebbe esporre a qualche pericolo, p. es., nei nefritici; inoltre l'applicazione del vescicante esige sempre che la parte su cui si è fatta l'applicazione venga tenuta fasciata per un certo tempo. *Nota del Red.*].

Per l'applicazione, si sgrassa dapprima la cute con alcool e si applica un quadratino di 4 cm. di lato del noto empiastro cantaridato, previamente riscaldato; è bene proteggerlo poi con una fasciatura. I punti di elezione sono l'addome, il braccio, la coscia, la gamba, l'avambraccio, il torace. Il tempo medio necessario per la vescicazione è di 15 ore, con oscillazioni da 4 a 24 ore. Sollevata la vescica, si punge con una lancetta e si raccoglie il siero in provettine sterili, leggermente riscaldate. Si medica poi con garza sterile; il rivestimento si riattacca entro pochi giorni; ne residua una pigmentazione bruna.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Modificazioni anatomo-fisiologiche determinate nel segmento terminale del tubo digerente dalla soppressione del colon.

A. Weiss e P. Porcher (*Arch. d. mal. d. l'appar. digest.*, ecc., XIV, 9) non si occupano ex-professo delle modificazioni fisiologiche ma solo di quelle morfologiche. È noto che dopo colectomie parziali o totali si riscontra una dilatazione notevole dell'ultimo tratto del tenue presso l'anastomosi e del colon che rimane. Dilatazione talora sacciforme che Duval e Roux hanno chiamato pseudocieco. Hanno studiato radiologicamente 5 malati.

1) Colectomia destra. Ileo-trasversostomia latero-laterale. Presentava una dilatazione dell'ultimo tratto del tenue che gli AA. chiamano « colizzazione »;

2) Esclusione del colon destro con ileo-trasversostomia. Colizzazione del tenue;

3) Caso simile al precedente;

4) Colectomia subtotale. Ileo-sigmoidostomia termino-terminale. Tipica colizzazione del tenue;

5) Colectomia totale. Anastomosi termino-terminale ileo-sigmoidea inferiore. Notevole dilatazione del retto e del tenue.

Tali malati furono visti dopo l'operazione un periodo di tempo variabile da 5 anni a 2 mesi.

In condizioni normali l'assorbimento dell'acqua e degli idrati di carbonio, non assorbiti dal tenue, è compiuto nel tratto cieco-ascendente. Il consolidamento e l'impastamento delle feci nel tratto cieco-ascendente e nel sigma. La funzione evacuatrice è devoluta all'ampolla dalla mucosa della quale parte il riflesso che dà lo stimolo alla defecazione (Gley). Il trasverso e il discendente non servono che al trasporto dei materiali.

I dati clinici e radiologici raccolti dagli AA. li portano alla conclusione che tolti i colon queste diverse funzioni vadano devolute ai segmenti intestinali rimasti. Infatti la quantità di liquido opaco che si può iniettare in questi operati è simile a quella che si può iniettare in un individuo normale. La diarrea che presentano tali malati in un primo tempo e che poi scompare è dovuta al mancato assorbimento di acqua e alla continuata secrezione di succo intestinale da parte del tenue che favorisce la diluizione delle materie fecali. Secondo gli AA. si ha dopo un certo tempo una modificazione della mucosa del tenue nel senso di un adattamento alla nuova funzione e di una trasformazione in una mucosa con proprietà simili a quella del colon. È questo quanto si propongono di dimostrare con ricerche sperimentali.

M. ASCOLI.

Rigenerazione spontanea della mucosa gastrica dopo resezione parziale.

Micon e Magron (*La Presse méd.*, n. 18, 1924), hanno sperimentato sui cani recidendo la mucosa gastrica per un'estensione discreta (sup. cm. 10 × 8) ed osservandone la rigenerazione in spazii di tempo differenti. Venendo i cani a morte dopo 15 giorni, dopo 25 giorni, dopo 5 giorni, dopo 7 mesi, può dai suoi esperimenti concludere che può avvenire la rigenerazione spontanea della mucosa: formandosi a principio un semplice epitelio in seguito presenta delle cripte ed in seguito dei cul di sacchi secretori. La *muscolaris-mucosae* fa difetto sotto le porzioni recentemente riparate dell'epitelio.

JUN.

VARIA

Gli onorari nel Medio Evo.

(M. BOUTAREL. *Paris médical*, 1924, n. 6).

È difficile fare dei confronti data la fluttuazione continua della moneta variabile sia nel valore nominale che reale. Per ottenere delle cifre approssimative possiamo stabilire, data la somma fissata per gli onorari di un medico, a quante razioni quotidiane di un uomo di media condizione sociale poteva corrispondere nell'epoca in questione: un semplice calcolo ci potrà far ottenere la somma in moneta moderna.

Un gran numero di testi menzionano questi onorari senza fissarne l'ammontare: altri AA. senza fissare la somma accusano i medici di rapacità: nel « Roman de la Rose » Jean de Meun rende noto che medico ed avvocato sono tenuti insieme da un legame, cioè dalla rapacità. Più preciso è Mondeville, chirurgo di Filippo il Bello: nel 1306 egli scrive: « invano il chirurgo possederà l'arte, la scienza, il manuale di chirurgia se egli non conosce nè l'arte nè la scienza di farsi pagare. Fra i ricchi vi sono malati tanto miserabili, tanto avari, tanto stupidi da non dare o nulla o mediocre salario al loro chirurgo. Essi immaginano essere cosa straordinaria dare dodici denari o due soldi al giorno, come farebbero per il calzolaio, per il sarto... ».

Dodici denari valgono un soldo: dunque da uno a due soldi. E poichè in quest'epoca bisognavano per una giornata di mantenimento dieci soldi che, calcolata a venti lire d'oggi, fa ascendere l'onorario del medico a 4 franchi. È questo povero onorario che fa vituperare per più pagine il Mondeville contro i malati avari. Ed in alcuni manoscritti del British Museum, sono annunziati con rumore, degli onorari un po' più elevati che, con il solito calcolo, si possono far ascendere a 160-180 franchi.

In una farsa della Regina di Navarra, il malato ci presenta un medico il quale sarebbe stato onorato di « un ducato », per non più di due visite, compenso altissimo per quei tempi. Se questo ci è detto in poesia, se ciò ci può far dubitare, abbiamo in altri documenti, nozioni più precise.

Henri Estienne ci riferisce che un certo medico Petrus Aponus chiedeva, allorchè doveva uscire dalla città per vedere un malato, 50 scudi d'oro al giorno, la qual cosa indigna fortemente l'Estienne: 50 scudi in quest'epoca pesavano 200 grammi d'oro, cioè corrispondevano a 1500-1600 franchi attuali. E, chiamato dal papa, l'Aponus richiede 400 scudi al giorno.

E abbastanza bene si portavano i medici più celebri, coloro i quali si trovavano in rapporti professionali con le persone reali. Cottier, l'unica persona rispettata e temuta da Luigi XI, guadagna in contanti in cinque mesi, 54,000 scudi, senza parlare dei vescovati, degli impieghi, delle terre per i suoi parenti. Il solo stipendio sommava dunque a 275,000 franchi mensili in moneta 1923.

Guillaume de Harsely, medico di Carlo VI, lasciando la corte ricevette un regalo di 42,000 franchi, ed alla sua morte, lasciò un'eredità di 2 milioni 160,000 franchi moderni.

Un certo medico Sylvius, da non confondere con il celebre anatomico detto Sylvius, fu famoso per la sua avarizia e per la sua scienza: egli fu libero professore al collegio di Tricquet di Parigi: per economizzare le spese di un cameriere, portava da sè stesso i pezzi anatomici necessari alla lezione, e dissimulava nelle maniche del suo vestito una gamba od un braccio necessari per la dissezione. Ora Estienne ci dice che questo Sylvius, prendeva da ciascun allievo un testone al mese: Estienne, testimone oculare, afferma che gli allievi erano 200: un testone valeva da 10 a 12 soldi, il soldo, rappresentava il valore di 11 grammi di argento, cioè 110 grammi di argento. Ciascun allievo pagava dunque in nostra moneta, 33 franchi, da 200 allievi ne riceveva 6600.

MONTELEONE.

L'Università in Parlamento.

La Camera dei deputati annovera 58 professori universitari, di cui 22 di carriera, 33 liberi docentti e 3 emeriti.

Il Senato conta 102 professori universitari, e fra essi 18 nominati nell'ultima infornata; un quarto circa del Senato è quindi formato di professori universitarî.

(Da *Pathologica*).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXII. — Accertamento della data di presentazione dei ricorsi gerarchici.

Un ricorso al Governo del Re contro deliberazione della G. P. A. in sede tutoria è irricevibile, se, spedito da un Comune varî giorni prima (4 giorni) della scadenza del termine di 30 giorni (ora 15), risulti dal protocollo della Prefettura pervenuto oltre detto termine e il ricorrente non dimostri che sia stato protocollato in data posteriore all'arrivo o per negligenza dell'impiegato preposto alla direzione dell'archivio, o per malattia o per altro transitorio impedimento. (Consiglio di Stato, Sezione IV, decisione 5 dicembre 1924, n. 989).

XXIII. — Interesse a ricorrere contro provvedimenti concernenti la costituzione della Commissione giudicatrice di un concorso.

Annullata la nomina di alcuni concorrenti, per vizio formale inerente alla valutazione dei titoli, la stessa Commissione fu chiamata a rinnovare il procedimento, incominciando dall'ultimo atto nullo. Alcuni concorrenti dedussero che la Commissione era illegalmente costituita e che avrebbe dovuto provvedere altra Commissione. Non avendo essi partecipato ulteriormente al concorso, fu eccepita la inammissibilità del ricorso per difetto di interesse giuridico. Ma la IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 28 novembre 1924, n. 871, ha dichiarato ammessibile il ricorso — che poi ha respinto in merito, per altro motivo — considerando che non possa opporsi carenza di interesse in chi impugni la composizione della Commissione e al concorso non abbia preso effettivamente parte, quantunque abbia a suo tempo fatto domanda di parteciparvi, poichè il concorrente non ha dovere di partecipare a prove di concorso inquinate a suo credere di illegalità e destinate a rinnovarsi con altra Commissione.

XXIV. — Effetti dell'annullamento degli atti di un concorso.

L'annullamento degli atti di un concorso per illegittimità riscontrate nell'esame dei titoli, se porta necessariamente all'annullamento delle prove di esame, quando sia stabilito dalle condizioni del concorso che l'esame dei titoli debba precedere le prove, non importa nullità degli atti precedenti del concorso e nullità della nomina della Commissione esaminatrice.

Il criterio seguito nel caso concreto, dalla IV Sezione del Consiglio di Stato, con la decisione 29 novembre 1924, n. 871, sul ricorso del prof. Quarta contro gli Ospedali Riuniti di Roma, è applicazione di un principio più generale, che si può così formulare: annullato il risultato di un concorso per vizi della nomina o del procedimento, quella e questo devono essere rinnovati incominciando dall'ultimo atto nullo, poichè rimangono fermi gli atti anteriori e sono inefficaci tutti gli atti successivi.

Coerentemente allo stesso principio, la IV Sezione, con decisione 13 dicembre 1924, n. 1082, ha stabilito che, annullata la nomina del vincitore di un concorso perchè erano state aggiunte clausole e condizioni di favore non conformi al bando, opera illegittimamente il Comune se bandisce altro concorso e non provvede a nuova nomina in base agli atti del primo concorso.

XXV. — Se ed in quali casi possano essere ricusati i membri della Commissione giudicatrice di un concorso.

Questione assai delicata. Il *giudice* può essere ricusato se abbia interesse nella controversia, se sia parente o affine sino al quarto grado, inclusivamente, di una delle parti, se abbia dato consiglio o prestato patrocinio nella causa, se vi sia inimicizia grave fra lui ed uno dei litiganti, ecc. (art. 116 cod. proc. civ.).

Ma queste norme sono applicabili alle Commissioni giudicatrici dei concorsi?

La questione è stata esaminata recentemente dalla IV Sezione del Consiglio di Stato ed è stata correttamente risoluta con decisione 28 novembre 1924, n. 871, la quale ha stabilito i seguenti criteri direttivi: l'istituto della ricusazione, *quale risulta dalle leggi processuali* in senso stretto, non può nella *sua interezza* avere applicazione nel campo amministrativo e in particolare nella materia degli esami e dei concorsi; la ricusabilità di un membro di una Commissione di esami è da ammettere solo quando, negandola, ne rimarrebbero violati fondamentali princìpi di logica e di giustizia, sostanziandosi in cotal guisa veri eccessi di potere.

Se, infatti, facesse parte della Commissione chi è legato ad uno dei concorrenti da stretti vincoli di parentela o ne è... diviso da inimicizia grave, mancherebbero le condizioni essenziali della obbiettività, serenità e sincerità del giudizio tecnico e del concorso. Più che di un caso di eccesso

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

di potere, in senso rigoroso, si tratterebbe di un caso di violazione dei princìpi generali del diritto circa i concorsi, cioè di una vera e propria violazione della legge.

Esaminando il caso concreto, la IV Sezione soggiunse che non è motivo legittimo di ricusazione il fatto che la Commissione abbia già espresso giudizio su titoli e prove di esami e debba poi rinnovare il procedimento per essere stato annullato il precedente giudizio per motivi di illegittimità formale.

XXVI. — Limiti dei poteri delle Commissioni giudicatrici di concorsi pubblici.

La Commissione giudicatrice di un concorso per titoli ed esami valutò prima i titoli ed escluse dalla prova dell'esame un concorrente considerando insufficienti i titoli da lui esibiti.

Nell'avviso del concorso non era stato, però, stabilito che fosse necessario conseguire un certo numero di punti circa il valore dei titoli perchè i concorrenti potessero completare la prova, mediante l'esame.

Sicchè la Commissione aveva ecceduto, escludendo dalla prova pratica il concorrente che essa ritenne non avesse titoli sufficienti.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 6 dicembre 1924, n. 1040, dichiarò illegittimo l'operato della Commissione ed annullò il risultato del concorso, per il motivo già indicato.

XXVII. — Limiti del potere di annullamento di ufficio con riferimento ad un concorso pubblico.

Il Governo del Re annullò, d'ufficio, i risultati degli esami di un concorso perchè uno dei commissari non era intervenuto a due sedute della Commissione: l'una dedicata alla determinazione delle varie materie di esame e l'altra alla lettura e all'approvazione dei temi presentati, per mandato dei colleghi, dal commissario assente.

È noto che il Governo del Re può annullare, in *qualunque tempo*, anche per propria iniziativa, gli atti amministrativi che risultino viziati da violazione di legge o di regolamenti.

Questo potere fu esercitato nel caso in esame.

L'interessato ricorse al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale contro il decreto reale che annullò il risultato del concorso e la IV Sezione, con decisione 6 dicembre 1924, n. 1002, accolse il ricorso dichiarando *eccessivo* l'annullamento, per l'assenza di un commissario, nelle condizioni sopra indicate.

Segnaliamo questo caso specialmente perchè, in occasione di esso, la IV Sezione ha esercitato il suo controllo di legittimità sui limiti del potere di annullamento di ufficio e sull'esercizio eccessivo che, in concreto, ne fu fatto dal Governo del Re.

XXVIII. — Significato della espressione « nomina diretta ».

Secondo il comune significato risultante dalla legislazione e dalla prassi amministrativa, la espressione *nomina diretta* importa nomina per pubblico concorso in contrapposto alla *nomina per promozione* ad ufficio superiore.

Posti questi concetti, deve ritenersi viziata da contraddizione ed inefficacia la norma di un regolamento locale, la quale disponga così: « per la prima vacanza dei posti direttivi da coprirsi con pubblico concorso, sarà provveduto con *nomina diretta*, qualora vi siano funzionari che, nel reggere tali cariche, abbiano dimostrato attitudini eminenti nel disimpegnare la mansione ».

In sostanza, la *nomina diretta* è stata qui considerata nel senso di promozione, cioè in senso antitetico a quello della nomina per concorso. E il Consiglio di Stato, con decisione 6 dicembre 1923, n. 1050, ha dichiarato nulla per vizio di contraddizione la norma del regolamento.

Prescindendo dal caso speciale, importa rilevare il significato della espressione *nomina diretta* secondo la prassi amministrativa.

XXIX. — Garanzie nei casi di licenziamento.

Ad un impiegato comunale (segretario) quantunque non titolare, perchè rimasto da molti anni al servizio del Comune come provvisorio od avventizio, competono le fondamentali garanzie prescritte dall'art. 99 del regolamento per la legge comunale e provinciale il quale estende il beneficio delle sue norme agli impiegati, salariati e agenti comunali in genere.

Fra tali garanzie è *quella del parere del Consiglio di disciplina*, prescritto per le punizioni superiori alla sospensione dallo stipendio per un mese.

Questa regola, che risulta dalla decisione 19 dicembre 1924, n. 763, della V Sezione del Consiglio di Stato, è considerata applicabile al licenziamento dei medici condotti nel corso del periodo di prova, qualora, si intende, si tratti di licenziamento in tronco deliberato per motivi disciplinari: in tal senso, decisione 24 luglio 1924 della V Sezione del Consiglio di Stato, ric. Felli, della quale già demmo notizia.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'Italia soffre di eccesso di popolazione.

Abbiamo precedentemente accennato alla circostanza che i nostri uomini di governo si sono sempre compiaciuti della prolificità del popolo italiano e sempre con le parole l'hanno incoraggiata. Tuttavia sembra che il fenomeno cominci a dare qualche preoccupazione anche in alto. In un libro di Lello Gangemi è riportato in riassunto un discorso del ministro De Stefani, riassunto che giova qui riportare:

« *Il fattore predominante della crisi attuale è dato dall'acuirsi della sproporzione tra la popolazione e i mezzi materiali di produzione*, dovuta da un lato al naturale incremento demografico e dall'altro al rallentarsi del capitale, conseguenza questa, della guerra e della distruzione di ricchezza determinata dal prepotere della politica socialista. *La pressione demografica è potente e costituisce oggi una nostra debolezza*, ma potrà essere domani la nostra forza. Il massimo compito della politica economica del fascismo è oggi la riduzione di tale pressione. In che modo?

« Vi sono due vie: l'emigrazione e l'accelerazione del ritmo e del formarsi del capitale. La sproporzione tra le disponibilità demografiche e le disponibilità strumentali richiede anche una recisa politica produttivistica così negli organi amministrativi dello Stato come nelle direttive delle organizzazioni.

« Il protezionismo operaio (Stati Uniti), o la crisi economica (Imperi centrali, ecc.), o ragioni politiche (Tunisia), o ragioni igieniche (Brasile), hanno vietato l'ingrossarsi del nostro flusso emigratorio.

« Mentre d'altra parte la popolazione è in continuo incremento per l'aumento delle nascite e per l'innalzarsi dell'indice della durata media della vita.

« Dal 1° gennaio 1872 al 1° dicembre 1921 la popolazione è passata da 27 a 37 milioni di abitanti, a 39 se si considerano le nuove provincie.

« La densità risulta di 125 persone per chilometro quadrato.

« Dopo l'armistizio l'amore ha ripreso appassionatamente la nostra gioventù, ed i matrimoni celebrati nel 1919 furono 8,83 per mille abitanti, raggiunsero 13,96 nel 1920 e declinarono a 11,70 nel 1921, mantenendosi però superiori al quoziente di nuzialità antibellico che è risultato di 7,03.

« Il maggior numero di matrimoni ha portato la naturale conseguenza delle maggiori nascite.

« La natalità italiana si era stabilizzata nell'ultimo trentennio precedente la guerra a circa 1,100,000 all'anno con 31,1 nati su 1000 abitanti nel 1914, contro 18,1 in Francia, 24,1 in Inghilterra, e 27,4 nell'Impero Germanico.

« La guerra ha portato ad una diminuzione di natalità, ma già dopo la guerra la natalità è ritornata alla cifra antibellica, ed è sempre sensibile l'eccedenza dei nati su i morti. Il quoziente di mortalità, che raggiunse un massimo di 19,66 per mille nel 1916, è disceso nel 1921 a 17,50, raggiungendo una cifra più bassa del 1914 (17,94).

« Inoltre gli altri indici misuratori della vita umana italiana ci dicono che la vita media, che si calcolava a zero anni, ossia riferita alla nascita, di anni 35 e a mesi 3 nel 1882, nel 1911 risultava di anni 47 e mesi 4; al 20° anno si calcolava di anni 40 e mesi 2 nel 1882 e di anni 44,5 nel 1911; al 40° anno di anni 26,6 nel 1882 e di anni 29,4 nel 1911; al 60° anno di età di anni 13 nel 1882, di 14,3 nel 1911.

« La vita probabile che alla nascita era di anni 33,6 nel 1882 si è elevata ad anni 52,11 nel 1901 ».

Le notizie fornite dal documento su riportato hanno una importanza decisiva a sostegno delle idee che andiamo sviluppando.

Tutti gli elementi che contribuiscono all'aumento della popolazione, intensificazione della natalità e prolungamento della durata media della vita, a parte la sosta del periodo bellico, sono in progressivo incremento.

Per tali fatti gli abitanti dell'Italia dei vecchi confini sono aumentati di 10 milioni in un cinquantennio, ossia di più del terzo della cifra indicante la popolazione del 1872.

Se una tale tendenza persisterà, fra cinquanta anni si avrà una popolazione superiore di molto ai cinquanta milioni, pur calcolando con una progressione aritmetica semplice, che in effetti non sarebbe esatta.

Quali preoccupazioni debba dare sì fatta presunzione è facile immaginare, quando si consideri che un economista americano ha di recente lanciato l'allarme anche per il proprio paese: se l'incremento della popolazione nord-americana, egli ha detto, seguirà il ritmo attuale, fra cinquanta anni il suolo degli Stati Uniti non sarà in grado di provvedere alla sussistenza dei suoi abitanti.

Ma tale affermazione potrà sembrare esagerata tenendo presente l'enorme ricchezza degli Stati Uniti, il paese dei grani, del carbone, del ferro, del petrolio, nonchè il fatto che si tratta di un paese ancora in periodo d'immigrazione, quantunque attualmente contenuta.

Là i mezzi di produzione sono ancora in eccesso in confronto della popolazione, mentre da noi è l'opposto.

Eppure lì si prolifica di meno, che da noi.

Il nostro indice di natalità supera quello di qualsiasi popolo civile.

Il ministro De Stefani ha dovuto riconoscere che la pressione demografica oggi è potente e costituisce la nostra debolezza, ma ha aggiunto che essa *potrà* essere domani la nostra forza.

Questa possibilità non è stata dimostrata, nè è facile intenderla.

Finchè il suolo ed il sottosuolo d'Italia sono quel che sono, finchè i paesi d'immigrazione saranno chiusi o quasi ai nostri connazionali, è più rispondente al vero pensare che la nostra forza, sarebbe meglio dire il nostro benessere, sarà in ragione inversa della nostra densità demografica.

Con sì fatte prospettive l'incoraggiamento alla proliferazione è evidentemente deleteria.

Pangloss.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Vigilanza sanitaria sulle carni congelate.

Il Ministero dell'Interno — Direzione Generale di Sanità — ha diramato ai Prefetti una Circolare (a firma A. Messea), in risposta a quesiti posti dalla Presidenza dell'Associazione Nazionale Veterinarii Italiani; essa dice:

Per rispondere a quesiti fatti a questo Ministero e per assicurare la necessaria uniformità di trattamento nei riguardi della vigilanza sanitaria delle carni congelate importate dall'estero, si ritiene opportuno far presente che l'introduzione di dette carni nei Comuni del Regno non deve, in via normale, essere subordinata a visita veterinaria, dovendosi considerare sufficiente quella eseguita dai veterinari di porto o di confine all'atto della importazione e rilevabile dal certificato sanitario di scorta.

È però da prendere in esame il caso di partite di carni congelate che, giunte in un Comune, debbano poi essere smistate per ulteriori diverse destinazioni. Occorrendo, in tali contingenze, munire le diverse rispedizioni di singoli certificati sanitari di scorta, l'autorità provvederà a ciò redigendo i diversi certificati sulla base di quello che ha scortato l'intera partita.

E poichè il rilascio di tali certificati non implica la necessità della visita sanitaria alle carni, l'onere che potrà derivarne agli interessati dovrà consistere soltanto nel pagamento dei diritti di segreteria a norma di legge.

Compito dell'autorità comunale sarà inoltre quello di assicurare il necessario controllo nei frigoriferi ove vengono depositate le carni congelate, per accertare che vi sieno conservate nelle migliori condizioni igieniche, come pure di esercitare una efficace vigilanza sanitaria sulle carni congelate allorchè vengono esposte a pubblica vendita; tale controllo o vigilanza rientrano nella normale funzione degli organi comunali competenti e non debbono quindi importare gravami a carico del commercio di dette carni.

Di quanto precede le SS. LL. daranno sollecita comunicazione, per opportuna norma, ai Comuni dipendenti, essendo necessario evitare che sulle carni congelate, il cui uso si va largamente diffondendo con indubbio vantaggio del pubblico consumo, gravino oneri non assolutamente indispensabili.

Cronaca del movimento professionale.

Per il regolamento delle leggi sanitarie.

Il Direttore Generale della Sanità Pubblica ha interessato la Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici perchè faccia conoscere il pensiero della classe medica in merito ad uno schema di regolamento di applicazione della legge sulla riforma sanitaria di cui il R. D. 30 dic. 1923, numero 2889.

La Presidenza ha così risposto:

Ill.mo Sig. Comm. Messea - Direttore della Sanità Pubblica - Roma.

In seguito alla Sua pregiata, innanzi tutto La ringrazio sentitamente di voler sentire l'opinione della Federazione degli Ordini dei Medici sull'approvazione del D. L. del 30 dicembre 1923.

Le idee che io Le espongo sono il risultato di discussioni e studi largamente trattati nelle assemblee e nei giornali di classe. E vengo in argomento a proposito dei vari articoli più meritevoli di esame:

Art. 4. — Con questo articolo viene soppressa la condotta piena, ma se ciò sarà relativamente facile ottenere nei centri più importanti, in molti dei quali già da tempo è soppressa, non altrettanto lo sarà nei piccoli centri, specie in certe regioni.

È quindi necessario che le norme per la compilazione degli elenchi dei poveri siano ben definite e precise, ad evitare abusi da parte delle Amministrazioni Comunali, e in particolar modo nella formazione dell'elenco di coloro che dovrebbero avere diritto alla sola assistenza sanitaria e non anche a quella farmaceutica. Che gli eventuali ricorsi dei Medici Condotti contro gli elenchi dei poveri siano esaminati da Commissioni imparziali e competenti, con sollecitudine e accuratezza.

Per le tariffe così dette *speciali* per la cura degli abbienti si stabilisca che esse debbano essere uguali a quelle dei L. E. e possano essere rivedute annualmente. Che i Comuni siano obbligati a mettersi in regola con i concorsi.

Art. 3. — Che l'istituzione degli Uffici d'Igiene e delle sezioni del Laboratorio Provinciale d'Igiene sia facilitata e favorita il più possibile, specie nelle provincie meno evolute igienicamente, con personale sanitario specializzato.

Art. 8. — L'istituzione di condotte ambulanti e dispensari specializzati sia intensificata per la

lotta antimalarica, antitubercolare, contro le malattie veneree, ecc., e, salvo che esistano già istituti pubblici sufficienti, ne sia fatto obbligo a tutte le provincie in proporzione dei bisogni locali.

Art. 34. — Che gli stipendi minimi dei Medici condotti e Ufficiali Sanitari non siano subordinati alle condizioni dei bilanci comunali, specie nei piccoli Comuni, e siano tali da assicurare al Medico condotto una esistenza dignitosa.

Art. 35. — Che i Medici condotti siano il più spesso possibile chiamati a far parte delle Commissioni per i concorsi.

Art. 43. — Che i capitolati, per quanto è possibile, siano basati su norme uguali per tutti i Comuni e che se non possono essere resi obbligatori per legge, i Comuni siano invitati a seguire norme e criteri approvati dalla Prefettura e proposti dagli Ordini dei Medici e dai Medici condotti.

Art. 48. — Che l'incarico obbligatorio sia riservato solo a casi specialissimi, di dimostrata necessità e urgenza, per tempo limitato, e venga sentito il parere del Consiglio dell'Ordine.

Art. 52. — Specificare chiaramente le attività degli Ordini, che si crede possano turbare il regolare andamento dei servizi sanitari; con preghiera di informare la Federazione degli Ordini sulle idee dell'Amministrazione dell'Interno su tale questione per poter studiare le conseguenti proposte.

Art. 53. — Indicare, perchè ciò manca all'attuale legge sugli Ordini, le mancanze dei Liberi esercenti, per cui siano applicabili sanzioni disciplinari, includendovi anche le gravi mancanze deontologiche e specialmente l'uso di réclames non dignitose o scorrette, i prestanome, ecc. A rendere più efficace l'azione degli Ordini, che i Sanitari siano obbligati, dando una interpretazione esatta alla legge sugli Ordini, a iscriversi presso l'Albo della Provincia dove esercitano e risiedono da sei mesi.

Pel titolo di specialista.

In merito alla compilazione degli Albi degli Specialisti, la Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici ha indirizzato la seguente lettera al Ministero dell'Interno:

On. Ministero dell'Interno - Roma.

« In seguito alle riforme degli studi di Medicina e alle nuove norme per ottenere il titolo di specialista, non ancora applicate, è necessario che gli Ordini dei Medici sappiano come debbono considerarsi i Colleghi che esercitano già da tempo più o meno lungo una specialità medica.

La Presidenza della Federazione degli Ordini rivolge quindi viva preghiera alla Direzione Generale di Sanità per avere istruzioni in proposito.

Secondo è indicato dalla riforma Gentile il titolo di specialista può ottenersi solo dopo un periodo di studio e un esame: si tratta quindi di un titolo che ha un valore e un'importanza accademica.

A tale titolo però possono pretendere anche i Professori e i Docenti universitari della materia che forma oggetto alla specialità. Non sono indicati altri titoli equipollenti.

È antico desiderio degli Ordini dei Medici e della Federazione che vengano compilati gli Albi degli specialisti e a questo scopo la Federazione aveva dato dei criteri già molto tempo prima della riforma Gentile. In attesa che le modalità da questa prescritte siano entrate in vigore, sono necessarie, per equità e per non turbare l'esercizio professionale, norme transitorie che indichino in base a quali criteri i Medici, che ne facciano domanda, possono essere iscritti nell'Albo degli specialisti e attribuirsi, se non tale titolo in modo ufficiale, almeno una qualifica equivalente, che permetta ad essi di conservare la posizione professionale conquistata spesso con molte fatiche.

Si tratta di concedere quindi una sanatoria analoga a quella che fu concessa nel 1912 ai dentisti non laureati, per quanto molto meno importante, poichè si tratta, nel caso odierno, di medici regolarmente laureati e che quindi hanno il diritto di esercitare praticamente qualunque branca della Medicina e Chirurgia.

Questa Federazione si permette presentare come disposizione transitoria la seguente proposta al giudizio della S. V.

La Direzione Generale di Sanità pubblica deve stabilire che gli Ordini dispongano per la compilazione dell'Albo degli specialisti e che in esso vengano iscritti a loro domanda:

1) I Professori a Liberi Docenti delle materie che fanno oggetto delle specialità.

2) I Medici Primari di reparti speciali in ospedali importanti, purchè regolarmente nominati per concorso, per titoli o per esami.

3) I Medici Chirurgici che almeno da cinque anni notoriamente esercitano una specialità.

Per quelli appartenente al 2° e 3° gruppo è necessario il parere favorevole del Consiglio dell'Ordine ». *Il Presidente*: GALLENGA.

Ai medici di bordo.

La Segreteria della Sezione di Roma dell'Associazione Nazionale Medici Marina Mercantile, prega vivamente tutti i membri forniti di autorizzazione ministeriale i quali avessero desiderio di compiere qualche viaggio, a voler inviare con la massima urgenza la loro prenotazione direttamente alla Segreteria di Genova (telegraf.: Anamebo - Genova) o pel tramite della Segreteria di Roma (dottor Monteleone - Policlinico Umberto I).

L'invito è particolarmente rivolto (e nel loro stesso interesse!) a coloro i quali mai abbiano viaggiato.

Per l'aumentato traffico le richieste di medici pel periodo marzo-aprile, da parte delle Compagnie di Navigazione sono in brusco aumento: qualsiasi sacrifizio dei soci in questo mese è largamente compensato dalla larghezza di scelta di linea e di piroscafo.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Manicomio Provinciale.* — È vacante al 1° maggio un posto di perfezionamento per medico praticante interno. Assegno L. 5000; vitto nei giorni di guardia; alloggio personale. Documenti (compreso *curriculum* universitario) alla Direzione entro il 15 apr.

BORGOFORTE (*Mantova*). — 1ª cond. Scade 9 apr. Stip. L. 8000 e 5 quadrienni; mezzo trasp. cavallo L. 2000, motocicl. L. 1000, bicicl. L. 500; c.-v. lire 1600 salvo le eventuali modifiche in più o in meno che saranno apportate al capitolato medico dopo l'esito delle trattative in corso fra medici e Federazione prov. dei Comuni fascisti. Vaglia L. 50.05. Docum. a 3 mesi.

CASTELNUOVO DI PORTO (*Roma*). — Cond.; L. 7000 e 1ª c-v.; L. 300 uff. san. Scad. 50 gg. dal 2 mar. Tassa L. 25.10. Docum. a 3 mesi. Ab. 1434; km. 27 da Roma.

CASTELNUOVO DI SOTTO (*Reggio Em.*). — 2ª cond. Scad. 10 apr. L. 8000, oltre 2 c.-v. e L. 2500 trasp. Riconoscim. servizio prestato presso altre amministrazioni.

CESENA (*Forlì*). *Congregazione di Carità.* — A tutto 30 aprile chirurgo primario dell'Ospedale Civile; L. 12,000; compartecipaz. onorari; indennità varie. Limite di età a. 40. Nomina in base a terna. A richiesta la Segreteria invierà bando di concorso, capitolati e tutte le informazioni del caso.

CITTÀ DELLA PIEVE (*Perugia*). — Scad. 10 apr.; per Salci; L. 9000 e 5 sessenni dec., oltre L. 600 servizio attivo, 2 c.-v., L. 200 per locale dell'ambulatorio; età 24-35 a., salvo solite eccez. Tassa L. 50.10.

DOMODOSSOLA. *Ospedale di S. Biagio.* — Primario medico. Scad. 30 apr. L. 2400 oltre 50 % tasse di cura e 60 % tasse ambulat. Lib. doc. in patol. med. o clin. med. Laurea da 10 anni.

FELTRE (*Belluno*). — Scad. 15 apr.; 3° reparto; stip. L. 8000 e quadrienni decimo; 2 c.-v.; L. 3500 se cavallo, L. 1000 se altro mezzo trasp.; tassa L. 50.10.

FOLLINA (*Treviso*). — Scad. 15 apr. ore 12; per residenza e cura poveri L. 8000; indenn. c.-v. e mezzo trasp.; alloggio conveniente per qualità e pigione. Schiarimenti Municipio.

GIRGENTI. *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo-direttore dell'Osp. civile. Scad. 22 apr. Vedi fasc. 11.

GRAZZANISE (*Caserta*). — Cond.; stip. L. 7000, più L. 2400 cavalc. e L. 500 uff. san. provvisorio. Scad. 12 aprile. Schiarimenti dalla Segreteria.

ISOLA S. ANTONIO (*Alessandria*). — Scad. 10 apr.; L. 7000, oltre L. 500 cav., L. 500 uff. san., L. 200 arm. farm.; alloggio nel Palazzo municipale; 10 bienni ventesimo. Chiedere annunzio.

MANTOVA. *R. Prefettura.* — Uff. san. e medico capo dell'Ufficio d'Igiene del Capoluogo; alle ore 12 del 15 apr.; titoli ed esami; L. 13,500 di stip. e indenn. e 5 quadr. decimo, oltre L. 2,500 indenn. carica e c.-v. come impiegati comunali; è consentito l'esercizio profess. Docum. in piego raccom. Ab. 40,120; estens. circa 1765 ha.

MONTE S. MARIA TIBERINA (*Arezzo*). — A tutto il 30 apr., per Lippiano; L. 10.000 oltre c.-v.; servizio nell'Ospedale; alloggio gratuito; per uff. san. del comune L. 500; quattro quadrienni decimo; fino a 1000 pov.; cavalc. non obblig. Età lim. 40 a.

PALERMO. *R. Università.* — Assistente alla Clinica medica; L. 7000 e 2 quinquenni, oltre c.-v. Prova scritta e orale clinica. Tassa di L. 50 all'Economato. Scad. 30 apr. Nomina e conferme annuali. Domande al Rettore.

PESARO. *Ospedale Psichiatrico Provinciale.* — Direttore; età lim. 40 a. salvo per coloro che si trovino in servizio stabile di altre amministrazioni provinciali; elevato a 44 per serv. di guerra; lire 14,000 salvo miglioram.; due c.-v.; alloggio per sè e famiglia ovvero indenn. L. 3600; tassa conc. L. 50. Scad. 6 apr.

PIEVE DI CADORE (*Belluno*). — Il concorso alla condotta medica rimane sospeso; la riapertura sarà annunziata con nuovo avviso.

PIEVE S. GIACOMO (*Crema*). — Al 31 mar. (l'annunzio ci è stato rimesso con ritardo); età lim. 40 a.; tassa L. 50.15. Capitolato concordato.

ROMA. *Ministero della Giustizia e dei Culti.* — Nove posti di medico assistente nei manicomi giudiziarî; scad. 15 apr. Vedi fasc. 10.

S. GREGORIO DA SASSOLA (*Roma*). — A tutto 20 aprile; cond.; vedi fasc. 11.

VERCELLI (*Novara*). — Condotta pel consorzio Sali-Montenero-Cascine Stra; Kmq. 175 in pianura; ab. 1025; L. 8000 per 400 pov. e 10 bienni ventes., oltre L. 500 per uff. san. di Sali, L. 3500 cav., due c.-v. Scad. ore 18 del 30 apr. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.15 al Tesoriere Comun. di Vercelli. Rivolgersi al presidente del Consorzio cav. uff. dott. Carlo Prestinari, comune di Vercelli.

CONCORSI A PREMI.

Premio Galligo.

L'Accademia medico-fisica fiorentina indice un concorso al premio triennale di L. 500 istituito dal fu cav. dott. Isacco Galligo. Il termine utile scade col 31 marzo 1926. Sono ammessi al concorso tutti quelli che faranno qualche lavoro interessante di propria iniziativa e che illustreranno qualche importante parte di sifilografia o di malattie dei bambini; non ne sono esclusi i componenti l'Accademia. I lavori presentati al concorso dovranno essere scritti in lingua italiana e diretti alla Presidenza franchi da ogni spesa, con le norme solite.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

È terminato il concorso per sette posti di « chirurgo aiuto » negli Ospedali Riuniti di Roma. La Commissione, presieduta dal Consigliere dottor Liebmann comm. Guido e composta dei proff. Achille De Fabi, Cesare Antonucci, Attilio Cermenati, Tito Ferretti, Saturno Muzii, ha dichiarato idonei, per ordine di merito: Masci prof. Bernardino, Urbani dott. Lucio, Matronola prof. Girolamo, Colaizzo dott. Giovanni, Violato prof. Andrea, Casciaro dott. Giuseppe.

Congratulazioni vive a tutti; specialmente cordiali ai nostri collaboratori Masci, Matronola e Violato.

Secondo informazioni da Stocolma, il premio Nöbel per la medicina verrà aggiudicato per il 1925 al prof. Alberto Calmette, vice-direttore dell'Istituto Pasteur di Parigi, in riconoscimento dei suoi studi sul siero antiofidico e sulla vaccinazione antitubercolare.

Il prof. Luigi Guglianetti è stato chiamato a dirigere la clinica oculistica di Cagliari.

Hanno conseguito la libera docenza i dottori: *per titoli*, in clinica medica generale: Siciliano Luigi; *per esame*, in medicina operatoria: Della Torre Pier Luigi; in patologia chirur.: Ciotola Alberto, Cozzi Nicola, Matera Giuseppe, Puccinelli Vittorio: in patologia medica: Caffarelli Benedetto, Facchini Valentino, Nicastro Calogero; *in base alla nuova legge*, in chimica fisiologica: Condorelli Luigi; in chirurgia della bocca: Cavina Cesare; in clinica chirurgica e medicina operatoria: Uffreduzzi Ottorino; in clinica pediatrica: Zamorani Vittorio; in fisiologia sperimentale: Simonelli Gino; in medicina del lavoro: Aiello Giuseppe; in odontoiatria e protesi dentaria: Cavina Cesare; in otorinolaringoiatria: Podestà Ernesto; in patologia e clinica pediatrica: Kharina Marinucci Rachele, Salvioli Gaetano; in patologia chirurgica: Zeri Paolo; in patologia medica: Dazzi Angelo, Fulchiero Antonio, Lenaz Lionello, Ponticaccia Luigi, Rietti Ferdinando; in urologia: Raimoldi Gustavo.

La presidenza dell'Unione nazionale universitaria, organizzatrice della Prima Mostra delle Università d'Italia, ha proceduto alla assegnazione dei premi.

Sono state premiate con una grande medaglia d'argento ed un diploma d'onore la R. Università degli studi di Palermo e la R. Università di Napoli.

Nella sezione del materiale didattico sono stati premiati con diplomi d'onore:

L'Istituto di medicina legale del prof. Ottolenghi; l'Istituto di Clinica chirurgica del prof. Alessandri di Roma.

Nella sezione del materiale scientifico costruito da Ditte italiane sono stati assegnati diplomi d'onore a S. A. I. Salmoiraghi Roma-Milano; Sordina Giuseppe di Padova; Istituto Archimede di Roma; Istituto Tarquini di Roma; Soc. Richard Ginori di Milano.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso Nazionale di Medicina interna.

La Segreteria della Società italiana di medicina interna comunica:

I. Il XXXI Congresso Nazionale avrà luogo a Roma nell'ottobre 1925.

I temi posti all'ordine del giorno sono:

a) Relazione: *Le cirrosi epatiche*. Relatori: proff. G. SABATINI e L. D'AMATO.

b) Relazione in comune con la Società italiana di chirurgia: *La cura del morbo di Flaiani-Basedow*. Relatori: proff. A. FERRATA e P. FIORI.

c) Rivista: *L'esame funzionale dell'apparato respiratorio*. Relatore: prof. G. BOERI.

II. È pronto per la spedizione il volume degli Atti del XXX Congresso tenuto a Milano nel 1924.

Esso viene inviato *gratis* a tutti i soci in regola col pagamento della quota 1924, nonchè agli aderenti regolarmente inscritti.

Coloro i quali non sono in regola col pagamento sono pregati di versare la tassa sociale di L. 40 al tesoriere della Società cav. Luigi Pozzi, via Sistina 14, Roma.

I Congresso nazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Indetto dalla Federazione nazionale italiana per la lotta contro la tubercolosi, presieduta dall'on. Raffaele Paolucci, sotto l'alto patronato di S. A. R. il Duca d'Aosta, e con l'adesione di tutte le Associazioni antitubercolari italiane, avrà luogo in Napoli, dal 25 al 28 maggio p. v., il I Congresso nazionale antitubercolare con annessa esposizione; presidente del Comitato ordinatore è il prof. Andrea Ferrannini (Napoli, piazza 7 Settembre, 22).

La importantissima prima adunata di quanti in Italia, medici e non medici, si occupano con fervore del grave problema della lotta contro la tubercolosi sarà indubbiamente produttiva di considerevoli benefici.

Si tratterà nel Congresso, secondo il giusto divisamento dei promotori, non tanto di discutere intorno alle moderne acquisizioni scientifiche, delle quali è quotidiana libera palestra la stampa medica italiana, quanto di stabilire un largo programma di azione, con preciso riferimento economico, per condurre con nuovo vigore la lotta.

L'esposizione annessa al Congresso, la prima del genere in Italia, servirà poi molto utilmente a documentare ai congressisti la reale entità del problema che essi sono chiamati ad avviare alla soluzione e starà a dimostrare quanto finora in Italia in questo campo si è fatto e si è ottenuto.

VII Congresso della Società Internazionale di Chirurgia.

Avrà luogo a Roma dal 7 al 9 aprile 1926. I temi all'ordine del giorno sono: 1) Curieterapia del cancro uterino; 2) Terapia dei tumori cerebrali; 3) Chirurgia del gozzo; 4) Ascesso del fegato; 5) Risultati lontani del trattamento dell'epilessia jacksoniana. Si organizzerà un viaggio *ante* e *post* Congresso; i congressisti visiteranno Milano (1°

aprile), Padova (2 aprile), Venezia (3 aprile), Bologna (4 aprile), Firenze (5 aprile), Genova (13 aprile), Pavia (14 aprile), e Torino (15 aprile). Per informazioni rivolgersi al segretario della S. I. C., Dott. L. Mayer, rue de la Loi 72 - Bruxelles (Belgio); o al prof. L. Dominici, segretario generale del Congresso, Clinica Chirurgica, Policlinico Umberto I, Roma.

Corso di perfezionamento in igiene scolastica.

Col 20 aprile comincerà presso l'Istituto d'Igiene della R. Università di Genova un corso mensile di perfezionamento in Igiene scolastica, per i medici: corso autorizzato dal Ministero e che darà diritto a chi lo frequenterà regolarmente e supererà i relativi esami, al certificato di medico scolastico. Non sono ammessi più di venti inscritti.

Corso di perfezionamento in igiene.

Si terrà presso l'Istituto d'Igiene e quello Sieroterapico della R. Università di Milano, a partire dal 16 aprile, per medici aspiranti al posto di ufficiale sanitario; vi sono ammessi anche laureati in chimica, chimica-farmaceut., veterinaria, agraria, scienze naturali, ingegneria e diplomati in farmacia. Tassa L. 300; sopratassa L. 80. Rivolgersi alla segreteria dell'Università, viale San Michele del Carso 25.

Servizio di assistenza sanitaria e sociale in Roma.

La Croce Rossa Italiana, d'accordo col Comune di Roma, e col personale ausilio del Regio Commissario, ha istituito in sei rioni della capitale il servizio dell'assistenza sanitaria a domicilio, affidato ad assistenti sanitarie e cui presiede un operoso Comitato di Signore.

La cerimonia inaugurale si è svolta il 16 corr., nella sala Borromini, presente S. M. la Regina madre. Parlarono il sen. Cremonesi e il sen. Ciraolo, illustrando la portata sociale del nuovo servizio sanitario.

L'attività della Croce Rossa Italiana.

Dal Giornale Ufficiale della Croce Rossa Italiana, anno 4°, fasc. 4-5, testè pubblicato, si desume la magnifica attività spiegata da questa Istituzione.

Una relazione del direttore generale prof. C. Baduel, dopo avere esposto l'organizzazione dei servizi di pronto soccorso, dà notizia dei soccorsi prestati durante il 1923 in Russia, nell'Asia Minore, al Giappone, in Albania e per i nubifragi di Napoli e di Amalfi, per lo scoppio della polveriera di Falconara, per l'eruzione dell'Etna, pel disastro del Gleno, pel terremoto delle Marche, ecc. Lo stesso fascicolo espone il progetto Ciraolo per un'opera di mutualità tra gli Stati, per il soccorso e l'assistenza ai popoli colpiti da calamità, e reca una serie d'informazioni interessanti su concorsi banditi, cerimonie, rappresentanze, ecc., nonchè gli atti ufficiali dell'Associazione.

Alla Facoltà Medica di Firenze.

Nel corso di un mese sono state tenute, alla Facoltà medica di Firenze, tre magistrali prolusioni, dai proff. Leoncini, Gardenghi e Frugoni, rispettivamente chiamati alle cattedre di medicina legale, d'igiene e di patologia medica. Il prof. Leoncini tracciò le vicende dell'Istituto fiorentino di medicina legale ed espose le sue vedute personali in materia d'insegnamento; il prof. Gardenghi prospettò i problemi moderni dell'igiene; il prof. Frugoni riandò la vicenda bufaliniana, rievocò la figura del Grocco ed espose le tendenze e gl'ideali scientifici ed umanitari della medicina nei tempi nuovi.

Per la lotta contro il cancro nel Lazio.

Si è ricostituito l'Ufficio di Presidenza del Centro regionale laziale, che ha cominciato a funzionare come Comitato sezionale della Lega italiana di lotta contro il cancro.

L'Ufficio di Presidenza è così composto: presidente: prof. Dionisi; vice-presidente: prof. Alessandri; consiglieri i proff.: sen. Pestalozza, Margarucci, Busi, Levi e Gallenga; segretario: prof. Meldolesi; economo-cassiere: prof. Artom di S. Agnese.

Su proposta del presidente, a sede ufficiale del Centro regionale, è stato designato l'*Istituto italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale*, via Minghetti, 17, diretto dal prof. E. Levi.

Per la lotta contro il cancro a Napoli.

A una riunione del Consiglio di Facoltà tenuta il 12 febbraio u. s., dopo ampia discussione, cui parteciparono i proff. Stanziale, Bianchi, Miranda, ecc., si stabilì in linea di massima che l'Istituto Fotoradioterapico, annesso alla Clinica dermosifilopatica, che da ben tre anni svolge la più intensa ed efficace opera alla cura del cancro secondo le linee direttive volute e perseguite dal benemerito fondatore prof. Stanziale, si sarebbe assunto l'incarico di curare gli infermi che possono avvalersi della terapia fisica (radium, Röntgen, ecc.); le Cliniche Ostetrica e Chirurgica sarebbero deputate agli interventi chirurgici e alla degenza e l'Istituto di Anatomia Patologia penserebbe a tutto quanto concerne le ricerche di laboratorio.

Fu nominata una Commissione, incaricata di concretizzare un programma fattivo di azione, che risultò composta dai proff. Stanziale, Pascale, Miranda, Scaffidi, Roncali, Pianese e Pane.

Indennità per infortuni nel 1924.

Durante l'anno 1924 (41° del suo esercizio) la Cassa Nazionale per gli infortuni sul lavoro — per il tramite dei suoi Uffici (Compartimenti, Sedi ed Agenzie) distribuiti in tutto il Regno — ha compiuto, fra le principali, le seguenti operazioni:

Per le assicurazioni degli infortuni nelle industrie ha emesso 86.637 nuove polizze assicuranti altri 1.311.034 operai; ha ricevuto 167.738 denuncie d'infortunio ed ha pagato L. 69.358.398,66 di indennità per 163.589 casi, di cui 589 di morte e 8334 di inabilità permanente.

Per l'assicurazione obbligatoria degli infortuni in agricoltura ha ricevuto la denuncia di 49.242 infortuni ed ha pagato L. 17.248.435,81 di inden-

nità per 50.047 casi, di cui 736 di morte e 4488 di inabilità permanente.

In totale durante l'anno 1924 la Cassa Nazionale Infortuni ha ricevuto la denuncia di 216.980 casi di infortunio ed ha pagato L. 86.606.834,47 di indennità.

Onoranze al prof. Lucatello.

Il prof. Luigi Lucatello, rettore dell'Università e direttore della Clinica medica di Padova, è stato festeggiato il 17 corr., dai colleghi, dai discepoli e dagli studenti, compiendo il 25° anno del suo insegnamento. La cerimonia si è svolta nell'aula della Clinica medica.

Hanno preso la parola varî oratori, fra cui il Prefetto di Ferrara, che ha letto telegrammi di adesione e di augurio dell'on. ministro Fedele, del commissario straordinario del Comune e del sen. Maragliano, dell'Università di Genova.

Ha ringraziato infine, assai commosso dell'affettuosa dimostrazione, il prof. Lucatello, a cui è stato offerto un busto di bronzo.

Onoranze al prof. Silvagni.

In seguito a incarico del Comitato costituitosi per offrire al prof. Silvagni un'attestazione di gratitudine per le sue benemerenze verso la Classe in dieci anni di Presidenza della Federazione degli Ordini, il dott. comm. Enrico Villa si è recato a Bologna ed ha presentato al collega una pregevole pergamena, opera finissima di artista romano, racchiusa in elegante cornice di pelle scolpita. Nella pergamena si legge:

Al professore

LUIGI SILVAGNI

per due lustri Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, a cui dedicò attività infaticabile con alto intelletto e con cuore affettuoso, i Medici italiani esprimono imperitura gratitudine, onorando il Suo nome con un'offerta al benefico Collegio per gli Orfani dei Sanitari in Perugia.

Appena ricevute le ultime offerte di alcuni Ordini, il Comitato farà consegnare la somma raccolta al Presidente dell'Opera Pia di Perugia, prof. Simonetta, che ne destinerà l'uso nel modo che reputerà migliore, nel nome del Silvagni.

Viaggio di studi per medici stranieri.

L'Ente Nazionale Industrie Turistiche ha organizzato dal 5 al 21 settembre un viaggio Nord-Sud d'istruzione per medici stranieri alle seguenti stazioni idrominerali e climatiche italiane: San Pellegrino e Fonte Bracca, Acqui, Alassio, San Remo, Ospedaletti, Bordighera, Nervi, Rapallo, Santa Margherita, Porto Fino, Viareggio, Leghorne, Montecatini, Monsummano, Chianciano, Fiuggi; adunata a Milano; fine del viaggio a Roma; prezzo globale L. 1600; il numero delle iscrizioni è limitato a 200. Le iscrizioni si ricevono alla sede dell'ENIT, via Marghera 6, Roma (21).

Propaganda cinematografica a favore dell'educazione fisica.

Nei principali cinematografi della Germania viene proiettato un film dal titolo: « La via verso la forza e la salute »; esso ha lo scopo di rendere sempre più popolari fra le masse gli esercizi fisici che dànno forza e salute al corpo.

Tra i periodici.

Il « Giornale Italiano delle Malattie Veneree e della Pelle » cambia nome: diviene il « Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia ». Questo titolo ha il vantaggio di essere più breve; è meno comprensivo del precedente, ma ormai, per consuetudine, nella denominazione adottata si comprendono anche le malattie già chiamate veneree.

Il periodico ha iniziato una rubrica di « indicazioni bibliografiche », destinata a segnalare agli studiosi tutte le pubblicazioni sulla specialità, anche quando non vengono recensite: in tal modo viene reso un servigio effettivo agli studiosi.

Si è spento a 88 anni il prof. THOMAS CLIFFORD ALLBUTT, il *leader* della professione medica in Inghilterra.

Aveva conseguito la sua elevatissima posizione grazie all'esperienza clinica sicura, alla vasta conoscenza della letteratura medica, alla capacità di esporre, all'abilità nel trattare uomini e cose.

La sua carriera medica segnò un successo senza precedenti fin dall'inizio, non appena egli conse-

guita la laurea a Cambridge, si stabilì a Leeds: divenne di colpo il consulente per eccellenza in tutta la regione e fuori e fu assunto in tre ospedali locali.

Non cedette ai reiterati e insistenti inviti che gli vennero da Londra; tanto che destò qualche sorpresa, infine, la sua accettazione di un posto di commissario psichiatra a Londra. Poco dopo veniva chiamato a dirigere la Clinica medica di Cambridge e, sebbene avesse superato già i 50 anni e mai avesse insegnato, fu subito a posto: la sua capacità didattica si dimostrò senza rivali.

Allbutt ha recato contributi originali di gran valore alla medicina; ma la maggior parte sono ormai siffattamente penetrati nell'uso corrente, da ingenerare l'impressione che non abbiano mai avuto un principio e che non debbano accreditarsi a nessuno... Per esempio, dobbiamo ad Allbutt la termometria clinica quale oggi è intesa: prima di lui i termometri clinici erano ingombranti e pertanto erano poco usati: Allbutt fece costruire i termometri a massima di piccole dimensioni e chiusi in un astuccio, come oggi li conosciamo, e ne rese l'impiego abituale, agevolando la raccolta di dati, la registrazione, l'interpretazione di essi. Fu pure Allbutt che comprese tutto il valore dell'oftalmoscopio, inventato da Helmholtz: apprese a valersene per la diagnosi delle affezioni cerebrali e renali e ne impose l'impiego. E risale ad Allbutt anche l'introduzione nella pratica corrente dello sfigmomanometro, da lui adoperato per individuare la « pletora senile », poi della iperpiesia ed oggi nota come ipertensione arteriosa. Sembra che sia stato Allbutt il primo a descrivere la sifilide delle arterie cerebrali, a mettere in rapporto l'angina pectoris con lesioni aortiche, a introdurre la morfina nel trattamento delle cardiopatie, ecc.

Leggitore instancabile di libri e di riviste, aveva una preparazione umanistica la quale contribuiva molto alla mirabile efficacia dell'esposizione. Alcune sue dissertazioni sono considerate come inarrivabili; quella sulla psicoanalisi è un capolavoro di *humour*.

Il suo nome resta legato anche al « System of Medicine », un'enciclopedia di cui egli ebbe la pazienza di rivedere con cura e adattare le singole monografie, rendendo omogenea una trattazione dovuta a tanti studiosi, i quali tutti non ebbero che a lodarsi della cooperazione di Allbutt. L'enciclopedia è ora alla 2ª edizione, per la quale il còmpito direttivo è stato condiviso da Russell Reynolds.

Malgrado l'età avanzata, Allbutt aveva una vigoria giovanile: fino a qualche giorno prima della morte tenne le sue conferenze all'Università.

Allbutt è stato uno dei più degni rappresentanti della famiglia medica.

Con profondo dolore registriamo la perdita del prof. GIUSEPPE RUGGI, emerito di clinica chirurgica nella R. Università di Bologna. Dell'insigne chirurgo daremo prossimamente una biografia.

È morto AUGUST von WASSERMANN, direttore dell'Istituto « Imperatore Guglielmo » per la terapia sperimentale e professore all'Università di Berlino. Del valoroso immunologo, che deve la sua celebrità mondiale alla scoperta del metodo di reazione che da lui prende il nome, daremo prossimamente maggiori notizie.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Proc. R. Soc. of Med., nov. — La responsabilità criminale dell'alienato (discuss.). — Casistica varia.

Presse Méd., 5 nov. — A. DESGREZ, H. BIERRY e F. RATHERY. Regimi equilibrati e corpi grassi nella razione dei diabetici. — A. C. GUILLAUME. Determinaz. del metabolismo basale col metodo respiratorio.

Wien. Klin. Wochens., 6 nov. — H. FINSTERER. Durata della cura nella resez. del carcinoma gastr. — W. GOLDSCHMIDT. Operaz. di Bassini semplificata.

Lancet, 8 nov. — J. H. P. PATON. Il medico pratico quale investigatore. — ST.-CLAIR THOMSON. La tbc. del laringe. — G. A. HARTWELL. Vitamina B e lattazione.

British Med. Journ., 8 nov. — ST.-C. THOMSON, Id. — H. SAINSBURY. Polso venoso e tracciati.

Riforma Med. 3 nov., — G. GRADENIGO. Meningiti otitiche. — G. NICOLICH e G. POTOTSCHNIG. Iniezione intracardiaca di adrenalina nell'arresto del cuore. — C. PAPPALARDO. Clisteri di emetina nell'epatite amebica colliquativa.

Spitalul, nov. — V. GOMOÏN e I. STOÏA. Osteoma del rachide cervicale. — E. GHEORGHIN. La vascolarizzaz. del cuore.

Mediz. Klinik, 9 nov. — A. PEIPER. La stimolabilità nel sonno. — L POCK. Il morbo di Gaucher. — L. ADELSBERGER. Varie forme d'idiosincrasia.

Journ. di Sc. Méd. de Lille, 9 nov. — M. BOUCHER. Trattam. dell'acne volgare col massaggio.

Gaz. d. Hôp., 4 e 6 nov. — RAUX. Tetania e nuclei centrali grigi. — 8 nov. FOUCAULT. Le pseudo-cisti traumatiche del pancreas.

Münch. Mediz. Woch., 7 nov. — E. v. REDWITZ. La chirurgia del pancreas. — R. v. HÖSOLIN. Sul trattam. del morfinismo.

Deut. Mediz. Woch., 7 nov. — L. CASPER. Sui metodi pel trattam. dell'ipertrofia prostatica. — P. MINO. Dottrina della costituzione e ricerche serologiche. — C. HIRSCH. La tutocaina quale anestetico in superfice — E. BÜRGI. L'indonal, composto ipnotico.

Presse Méd., 8 nov. — E. LIBMAN. Infezioni generali e malattie chirurgiche. E J. MEYER-MAY. Peritoniti biliari senza perforaz. evidenti delle vie biliari.

Rivista di Patol. Nerv. e Ment., 31 ott. — G. B. BELGONI. Sul tono dei muscoli striati. — C. RIZZO. Le placche « granose » del cervello. — M. ZALLA. Il volume del cuore in varie malattie mentali e sindromi psicopatiche.

Arch. Méd. Belges, sett. — SPHEL. e DAUTREBANDE. Le sequele dei gaz di combattimento. — DUMONT. La sedimentaz. dei glob. rossi, reaz. di pratica corrente.

Pathologica, 1° nov. — A. F. FERRARI. Reaz. di colloidolabilità di Daranyi. — V. CESARIS DEMEL. Malacoplachia della vescica.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red resp.

ANNO XXXII — Roma, 6 Aprile 1925 — Fasc. 14

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DERMOSIFILOPATICO
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO.

La terapia sterilizzante di Ehrlich della sifilide recente.

Sunto di osservazioni proprie

del prof. LUIGI PHILIPPSON.

La terapia sterilizzante di Ehrlich, applicata alla sifilide recente, vien praticata all'estero già da anni da molti che ne hanno reso di pubblica ragione i risultati. In Italia, a giudicare dallo scarso numero di pubblicazioni, pare che vi siano pochi che l'hanno messa in opera. Noi abbiamo quelle del Freund, del Piccardi, del Minassia nel *Giorn. Ital. Mal. Ven.* 1922, del Pediconi nel *Policlinico* 1922, del Cacioppo negli Atti del Congresso Med. Sicil. 1921 e del Piccardi nel *Giorn. Italiano Mal. Ven.* 1923. I miei risultati furono comunicati nella *Riv. San. Sic.* 1922; in questo articolo io dirò delle mie ulteriori osservazioni.

Già fino dal principio si riconobbe che il sale di Ehrlich non aveva soltanto effetto sintomatico, ma un effetto profondo sulla malattia stessa e che su questo riguardo era molto superiore al mercurio, il cui effetto preventivo, come si soleva dire, era alquanto debole. Difatti si osservava che già poche iniezioni di salvarsan bastavano, per

impedire la comparsa di nuove manifestazioni per molti mesi. Occorsero anche dei casi trattati fino dall'inizio della malattia che in seguito non presentavano mai sintomi. Questi e simili fatti indussero a utilizzare il salvarsan addirittura quale mezzo abortivo, combinandolo però sempre col mercurio, come del resto è ancora molto in uso in Germania. Anch'io, prima di lasciare via completamente il mercurio, ho fatto sempre cure combinate. Io usai il salvarsan, per far scomparire rapidamente sifiloma e adenite viciniore e continuai poi colla solita cura di calomelano e di olio grigio, per compiere il primo ciclo di cura. Le cure susseguenti furono poi fatte, come al solito, col mercurio per 2 o 3 anni. Quel che riuscì nuovo in questo trattamento era la facilità, con cui durante questo tempo si poteva tenere esenti di sintomi gli ammalati, il che col mercurio a solo era stato sempre cosa più difficile. Questi risultati m'invitavano già a dar più peso al salvarsan a costo del mercurio. Io prolungava quindi la cura col salvarsan, diminuiva quella del mercurio e sostituiva i sali insolubili con sali solubili. In tal modo l'efficacia del salvarsan si metteva già più in evidenza e la cura mercuriale non diventava che cura accessoria. Vennero poi alla mia osservazione dei casi, i quali non avevano proseguito le cure da me prescritte ed erano quindi rimasti trattati con una o due cure. Infine io ritenni superfluo il mercurio e mi limitai al solo neosalvarsan tanto nella prima, quanto nelle cure susseguenti, il cui numero era andato man mano diminuendo. Mentre prima furono ripetute nel corso di 3 anni una o due volte all'anno, ora si ridussero a due sole, nei primi sei mesi di malattia. Inoltre mi occorsero anche casi, trattati da me con una sola cura di neosalvarsan, che si comportavano come quelli trattati ripetutamente. In tal modo si andava vieppiù precisando l'efficacia straordinaria della cura, tanto da corrispondere esattamente al concetto di Ehrlich. L'infezione si poteva troncare di botto, non si sviluppava la malattia e l'individuo infetto dopo la cura presentava stato normale.

Arrivato a questo punto, io mi domandavo: ma tutto questo forse non è altro che mera apparenza? Nella sifilide la mancanza di sintomi, noi lo sappiamo, significa niente, epperò anche questi risultati non potevano avere più valore che quelli, conseguiti coi vecchi mezzi terapeutici, sebbene riescano nuovi e la facilità, con cui la nuova terapia riduce a silenzio l'infezione e il mantenimento della RW. negativa, cosa difficile a realizzarsi nel passato. Mi mancavano ancora altri dati, che potessero mettere in chiara evidenza lo stato normale dell'individuo trattato. Io desideravo di conoscere la sua incolumità nel matrimonio. Questo desiderio venne soddisfatto da alcuni dei miei pazienti. Essi divennero padri di figli sani; quindi nei primogeniti almeno non si era rivelata l'infezione, se fosse rimasta latente.

E l'altro mio desiderio, di vedere cioè una nuova infezione sifilitica in uno dei miei pazienti, io non mi aspettavo di averlo facilmente appagato, perchè nel passato casi di reinfezione ne avevo visti ben pochi. Eppure con somma mia sorpresa io vedevo ritornare da me qualcheduno in tali condizioni: delle vere e proprie reinfezioni, in cui non era nemmeno necessario ricostruire mentalmente l'andamento della prima infezione, onde assicurarsi bene della giustezza della prima diagnosi, fatta molti anni prima. Qui gli appunti, presi alla prima infezione erano ancora sott'occhi ed era fresco ancora nella memoria lo stato della prima infezione. Quel che mi era dato di vedere era quasi una prova sperimentale: un anno prima l'infezione era stata soppressa

TABELLA I.

Casi con sifiloma e adenite satellite, trattati con una sola cura di 914. Guariti.

R. W. inizio della cura	R. W. durante e a fine di cura	Stato e R.W. controllati dopo anni	Osservazioni
I 1920 neg.	negativa	1	
II 1923 »	»	1½	
III 1922 »	durante cura deb. pos. fine negativa	1	
IV 1922 »	negativa	2	
V 1922 »	»	2	
VI 1920 »	»	2½	
VII 1919 »	»	5	914: 1,60 più 10 iniezioni calomelano da 10 ctgr.
VIII 1919 »	»	1	dopo 3 anni reinfezione.
IX 1920 pos.	fine neg.	3	sposa subito dopo cura: bimbi di 22 e di 3 mesi 1923.
X 1919 neg.	negativa	2½	sposa 1 anno dopo cura ed ha bimbo di 8 mesi 1922.
XI 1923 »	»	1	
XII 1920 »	»	2	
XIII 1920 pos.	fine cura deb. pos. dopo 6 mesi neg.	4	
XIV 1920 »	—	2 R. W. neg.	
XV 1923 »	fine neg.	1	

colla terapia sterilizzante ed ora era avvenuta una nuova infezione tale quale la prima volta.

Non c'era più da dubitare: la mancanza di qualsiasi sintoma negli sterilizzati non è soltanto

TABELLA II.

Casi con sifiloma e adenite satellite, trattati con due cure successive di 914. Guariti.

R. W. inizio della cura		R. W. durante e a fine di cura	Stato e R. W. controllati dopo anni	Osservazioni
XVI	1918 neg.	negativa	6	
XVII	1918 »	»	6	durante la I cura 7 iniez. di olio grigio da 10 ctgr.
XVIII	1920 »	dopo la I iniez. pos., poi sempre negativa.	5	
XIX	1918 »	negativa	5	
XX	1920 »	»	5	
XXI	1919 »	1 mese dopo I cura debol. pos., poi sempre negativa.	4	
XXII	1920 »	negativa	4	sposa due anni dopo infezione 1923 bimbo 10 mesi.
XXIII	1920 »	»	3½	
XXIV	1918 pos.	fatta soltanto dopo la II cura: negativa.	4	
XXV	1919 neg.	»	4	
XXVI	1919 »	»	3	sposa 1 anno dopo infezione bimbo 13 mesi 1922.
XXVII	1922 »	5 mesi dopo I cura debol. pos., poi sempre negativa.	2½	
XXVIII	1919 pos.	debol. positiva dopo I cura.	2½	
XXIX	1919 neg.	»	2	reinfezione.
XXX	1919 »	negativa	2½	
XXXI	1922 »	»	1½	
XXXII	1923 »	»	1½	
XXXIII	1920 »	»	1½	reinfezione osservata 1 anno dopo.
XXXIV	1919 pos.	negativa dopo I cura.	1	

apparente, ma reale. Io dovevo dirmi che oramai era inutile insistere nel mio scetticismo e che dovevo piuttosto incominciare daccapo ad imparare la nosologia della sifilide, mettendo da parte i preconcetti, derivanti dalle mie vecchie cognizioni.

Dei casi trattati da me non cito che quelli, tenuti in osservazione almeno un anno. Per lo più hanno fatto due cure consecutive, alcuni soltanto una. Nella terza tabella si trovano quelli, presi in cura, quando avevano già roseola.

Trascrivo anche i casi, in cui la prima cura era fallita, perchè anch'essi sono istruttivi.

I casi con prole, citati già nelle prime tabelle, sono riuniti separatamente, per dar maggiori dettagli sulla cura.

Della reinfezione io dirò più estesamente per l'importanza pratica che possiede.

TABELLA III.

Casi, presi in cura con 914 già con roseola, guariti

R.W. dopo I cura		numero cure successive 914.	anni d'osservaz.	Stato e R. W. durante il tempo d'osservaz.	Osservazioni
XXXV	1919 rit.	1	5	normale - neg.	1 anno dopo la II cura un'altra.
XXXVI	1919 pos.	1	4	normale - neg.	
XXXVII	1920 neg.	0	2	normale - neg.	
XXXVIII	1919 »	1	1½	normale - neg.	
XXXIX	1919 »	0	1	normal. R.W. non fatta.	
XXXX	1919 »	0	5½	normale neg.	fatta iniez. di acagina per 2 anni dopo la cura con 914.

APPUNTI PRATICI.

Il *tempo* più propizio per la terapia sterilizzante sono le prime settimane dell'infezione, quando non esiste che il sifiloma coll'adenite viciniore. Ma anche casi, in cui esiste già la roseola, non sono da escludersi dalla medesima (Tab. III).

In quanto alla RW. c'è da dire che importano più i sintomi, perchè anche con RW. pos. si possono aver gli stessi risultati e, cambiandosi RW. neg. in pos. dopo le prime iniezioni, ciò non influisce, essendo questo cambiamento soltanto passeggiero. Del resto colla roseola la RW. è sempre pos., eppure la terapia può riuscire.

Il *concetto* che ci guida nella terapia sterilizzante si è di tenere l'organismo sotto l'azione del medicinale per un certo tempo sufficiente e d'intensità costante, onde aver l'annientamento completo degli spirocheti. L'azione dev'essere intensa, perchè le dosi piccole del medicinale non distruggono, ma tutt'al più paralizzano i germi, i quali quindi possono riaversi in un tempo più o meno breve. E l'azione dev'esser costante, perchè la quantità iniettata diminuisce sollecitamente, venendo eliminato il medicinale colle orine e colle feci. Quindi soltanto per pochi giorni agisce

il medicinale in quantità sufficiente e il suo effetto sterilizzante non lo spiega che in questo tempo. Occorre dunque ripetere al più presto possibile l'iniezione del medicinale, e cioè la IV dose ogni quinto giorno, la V dose ogni sesto e la VI ogni settimo giorno.

Di grande importanza è di prendere esatta nota dello stato, in cui si trovano le *glandole linfatiche* nelle varie regioni accessibili alla palpazione. Sono esse che ci guideranno nel giudicare sul buon andamento della cura, durante la quale appunto non dovranno ingrossarsi. Ora, siccome al momento, in cui un paziente entra in cura, possono esistere già delle adeniti, dipendenti sia da altre malattie pregresse che già dalla sifilide, esse debbono venir notate esattamente, perchè non vengano confuse con quelle che potrebbero eventualmente insorgere durante la cura.

Glandole linfatiche palpabili possono trovarsi in qualsiasi regione in individui linfatici, anche nelle regioni epitrocleari e lungo il bordo interno del bicipite che a torto vengono ancora considerate quali patognomoniche per la sifilide. Possono trovarsi quali residui di linfangioiti in seguito a ferite infette o a suppurazioni. Alla regione sottomascellare, al collo e alla nuca come conseguenze di eczemi, di dermatiti in genere, di piodermiti. All'angolo della mascella in casi di angine recidivanti e via dicendo.

Prima d'iniettare la dose massima, si farà una *iniezione di prova* con la prima o con la seconda dose, per conoscere la tolleranza individuale. Di solito non produce alcun disturbo; di rado, dopo un paio d'ore, un po' di nausea o febbre leggiera che passano presto. Intolleranza vera e propria, in cui questi disturbi arrivino a tal grado d'impedire la continuazione della cura io non ho osservato, qualora il medicinale non sia difettoso.

Già con queste piccole dosi talvolta si possono aver degli effetti curativi: le erosioni del sifiloma rimarginano e le ulcerazioni si detergono entro pochi giorni e anche le adeniti retrocedono. Talvolta il giorno dopo l'iniezione si osserva accentuazione della flogosi del sifiloma che diventa rosso e edematoso e l'essudamento sieroso si trova aumentato. Questa reazione talvolta è assai pronunziata e conduce magari alla necrosi totale del sifiloma che in seguito si elimina in toto. La rimarginazione avviene allora sollecitamente.

Le dosi massime di 60 o di 75 o di 90 ctgr. vengono tollerate molto bene e non recano alcun disturbo. Gli effetti curativi sinora descritti procedono rapidamente, dimodochè del sifiloma o non rimane più alcuna traccia o un modico residuo e le glandole si riducono a piccole dimensioni.

Qualora il medicinale incominci a dar segni di intolleranza, il paziente sente dopo l'iniezione nausea, ha qualche scarica liquida con o senza dolore colico, disturbi che passano già durante le 24 ore. Se questi disturbi sono lievi, non occorre diminuire la quantità del medicinale e si può compiere la cura prefissa. Altrimenti si diminuisce la quantità del medicinale per ogni iniezione, ravvicinando le singole iniezioni.

Talvolta l'intolleranza si può far evidente nella comparsa di macchie rosse, accompagnate da prurito o da bruciore, disturbi passeggieri che richiedono però la nostra attenzione, perchè possono essere i prodromi di un esantema generalizzato.

Nei casi, in cui esiste già roseola, talvolta però anche già prima, l'iniezione di prova è seguita dopo alcune ore da disturbi molto più pronunziati, di cui bisogna in precedenza avvertire il paziente e cioè da febbre alta fino a 40°, preceduta da brividi di freddo, cui tiene dietro forte sudore, da cefalea e da vomito. L'intensità di questi sintomi varia molto e anche la durata è assai variabile; possono durare poche ore, come pure tutt'una notte. Appena essi sono passati, il paziente si rimette subito. Si tratta di una reazione vera e propria di tutto l'organismo all'azione del medicinale che con questi segni spiega la sua efficacia terapeutica. Difatti già uno o due giorni dopo questa reazione febbrile si osserva migliorìa marcata di tutti i sintomi sifilitici esistenti, del sifiloma, delle adeniti e della roseola, migliorìa che procede ancora nei giorni susseguenti. Quindi questa sindrome non è da temere e non impedisce il proseguimento della cura. La prossima iniezione intanto sarà della stessa dose Nelle dosi più alte susseguenti questa sindrome non ha da ripetersi.

Tutto quel che è detto or'ora sulle azioni secondarie del neosalvarsan si riferisce ad un *preparato perfetto* come vien di regola fornito dalle fabbriche. Tutti gli altri disturbi invece, di cui la letteratura è colma e che hanno prodotto tanta preoccupazione nel ceto medico, la sindrome angioneurotica, la crisi nitritoide, lo shoh anafilattico, come si vuol chiamarli, non dipendono che da difetti della fabbricazione. Ciò è stato riconosciuto dal momento, in cui medici hanno avuto in mano o delle serie intiere del medicinale, di cui ogni dose produceva gli stessi disturbi, oppure serie differenti, di cui una li faceva, mentre un'altra no. Le fabbriche che una volta mettevano in vendita un prodotto perfetto, un'altra volta lo facevano con un prodotto difettoso. Ad una fabbrica ciò succedeva spesso, ad un'altra invece di rado.

Pertanto tutti quegli artificii tecnici e tutti quei mezzi terapeutici, che sono stati escogitati e proposti, per evitare e per combattere gli effetti nocivi del medicinale si rendono superflui. Quel

che ci occorre si è un prodotto perfetto, il quale come tale è del tutto atossico e innocuo.

Intanto per completare il mio giudizio sui disturbi suddetti, io debbo aggiungere che anche un preparato buono può produrli, ma ciò succede assai di rado. Allora si tratta di pazienti singoli, in cui questa idiosincrasia è innata o si sviluppa durante il trattamento, in principio facendosi manifesta in grado lieve, per arrivare infine a gradi più intensi. Ed è appunto questo sviluppo graduale della sindrome che la differenzia dagli effetti tossici di un prodotto cattivo, il quale la produce subito e in tutti, cui viene somministrato, sebbene anche qui si appalesino delle differenze individuali. In questi casi di idiosincrasia non si può quindi usare il medicinale.

Se la *cura procede bene*, in casi iniziali, nuove glandole linfatiche non diventano palpabili, oppure, qualora ne preesistessero, rimangono tali quali nel caso che non dipendono dalla sifilide, altrimenti retrocedono. E in casi con roseola tutti i sintomi vanno scomparendo nella stessa maniera.

La RW. negativa all'inizio della cura rimane tale quale. Talvolta può succedere che dopo la prima o la seconda iniezione tende a diventare positiva, ma poi si rimette allo stato anteriore e continua a rimanere negativa.

E la RW. positiva all'inizio della cura diventa gradatamente negativa, per rimanere così.

I *criterii* per la riuscita della terapia sterilizzante nell'inizio dell'infezione, quando non esistono che il sifiloma e l'adenite viciniore sono i seguenti:

1) esatta esecuzione del piano di cura, secondo il quale già fino dal principio si devono somministrare le più alte dosi tollerabili del medicinale. Le dosi di 15 fino a 45 non servono che per provare la tolleranza del paziente verso il medicinale, quindi già fino dal quinto giorno di cura s'incomincia a usare o 60 o 75 o 90 ctgr. E gli intervalli fra le ripetizioni di queste dosi non debbono superare 5, 6 risp. 7 giorni. La quantità totale del medicinale da usarsi per questa cura in media non sarà inferiore a 5 gr. La cura si assolverà quindi in circa 40 giorni;

2) l'effetto sul sifiloma e sull'adenite dev'esser progressivo e nell'inizio della cura rapido. Dopo una o due iniezioni si avverte già la regressione dell'indurimento e nel caso di erosione o di ulcerazione del sifiloma la guarigione delle medesime. Talvolta l'involuzione rapida avviene dopo una forte reazione del sifiloma.

Anche le glandole s'impicciolisccono sollecitamente. Tanto al posto del sifiloma già regredito, quanto nelle glandole può rimanere ancora un residuo dello stato precedente che soltanto lentamente regredirà in seguito; ciò non pregiudica niente;

3) durante la cura non deve manifestarsi alcun'altra adenite in altre regioni. (Occorre perciò, prima d'iniziar la cura, prendere nota esatta dello stato, in cui si trovano le glandole linfatiche di tutte le regioni, accessibili alla palpazione). E tampoco alcun altro sintoma di sorta, in ispecie nè cefalea, nè dolori osteocopi, nè esantemi, nè placche;

4) la RW., nell'inizio negativa, non deve subire alcuna modificazione. Il diventare debolmente positiva dopo la prima iniezione non ha importanza. Nel caso della positività della RW. nell'inizio, essa già durante la cura deve cambiarsi definitivamente;

5) in breve alla fine della cura il paziente deve presentarsi come un normale. Vi sarà ancora una macchia pigmentata o acromica al posto del sifiloma e vi saranno ancora da palparsi delle piccole glandole linfatiche nella regione vicinicre, ma non vi sarà nient'altro di anormale.

Il *controllo* dei casi curati deve farsi già nei mesi susseguenti alla cura e deve durare almeno un anno e ciò allo scopo di sorprendere, caso mai, il primo segno della incompleta sterilizzazione. Sintomi obbiettivi o subbiettivi non si osserveranno più dopo una cura sterilizzante, per cui non rimane per il controllo che la RW. La prima RW. subito dopo la cura non è da considerarsi quale decisiva, perchè in seguito può cambiarsi, epperò necessita ripeterla ad intervalli di un paio di mesi.

In quanto alla *ripetizione della cura*, c'è da dire che per sicurezza o per opportunismo essa si farà dopo circa due mesi. Ma anche in vista di questa seconda cura si deve tenere a mente che la cura essenziale per questo metodo terapeutico rimane sempre la prima, appunto perchè soltanto questa avviene nelle condizioni più favorevoli per la sterilizzazione rapida e completa.

INSUCCESSI AVUTI DA ME COLLA CURA STERILIZZANTE.

OSSERVAZIONE 41ª (1919). — Sifiloma, adenite inguinale sinistra. In 45 giorni gr. 4.50. Subito dopo la cura RW. pos. e rimasta tale anche dopo 3 mesi.

OSSERVAZIONE 42ª (1919). — Sifiloma al labbro della bocca e adenite generale. In 41 giorni gr. 4.50. A cura finita residuo di sifiloma e una glandola sottomascellare palpabile. Dopo 2 mesi e mezzo questi sono andati indietro, mentre RW. si mantiene pos.

OSSERVAZIONE 43ª (1918). — Sifiloma, adenite biinguinale. RW. pos. In 40 giorni gr. 3.30 e 28 iniezioni di acagina. Dopo 4 mesi RW. neg., adenite persiste. Dopo 6 mesi RW. nuovamente pos. Dopo 4 anni stato normale e RW. neg., dopo avere fatto varie cure mercuriali e una cura endovenosa di 914. Lo stesso stato trovato dopo un altro anno.

OSSERVAZIONE 44ª (1919). — Sifiloma, adenite bi-inguinale. In 57 giorni gr. 4.50. Dopo 2 mesi di cura si palpano gl. inguinali, epitrocleari e occipitali; RW. neg. Dopo altri 8 mesi RW. pos. In 60 giorni gr. 4.80. Due mesi dopo glandole indietro; RW. neg. Due anni dall'inizio della malattia dimagrimento, anemia, poliadenite, epididimite. Rapida migliorìa con cura di gr. 3.60, a fine cura RW. neg. Dopo 2 mesi RW. pos. Cura di gr. 3.75. In osservazione per altri 2 anni: stato normale e RW. neg.

OSSERVAZIONE 45ª (1919). — Sifiloma, adenite inguinale a sin. RW. pos. In 46 giorni gr. 5.70. RW. pos. In seguito la stessa cura ripetuta due volte e calomelano 20 iniez. da 5 ctgr. RW., constatata negativa dopo 1 anno di malattia, si è mantenuta tale anche dopo un altro anno.

OSSERVAZIONE 46ª (1919). — Sifiloma gigante al pene, adenite inguinale sin. RW. neg. In 44 giorni gr. 5. Un mese dopo cura RW. ritardo. Dopo 8 mesi recidiva al posto del sifiloma e dell'adenite; RW. pos.

OSSERVAZIONE 47ª (1923). — Sifiloma, adenite bi-inguinale, roseola. In 30 giorni gr. 2.70. RW. pos. media. Dopo 9 mesi una placca al labbro della bocca; RW. immutata.

OSSERVAZIONE 48ª (1919). — Sifiloma guarito, roseola, placche alla gola. In 40 giorni gr. 4.20 più 15 iniez. calomelano. Dopo 2 mesi RW. ritardo. Dopo 6 mesi e mezzo cura ripetuta. Dopo 2 mesi RW. ritardo.

Nei casi 41 e 42 gli intervalli fra le singole iniezioni erano troppo lunghi. Del resto a cura finita si riconosceva già l'insuccesso, che richiedeva la ripetizione della medesima a breve distanza.

Nel 43 si trattava di un giovane gracile, in cui la cura fu fatta in modo debole e subito associata al mercurio. Malgrado RW. neg. la persistenza dell'adenite fece dubitare del successo. In seguito non si sono avuti altri sintomi e le cure furono ripetute a causa della RW. pos.

Nel 44 la cura si era prolungata troppo e dopo 2 mesi, malgrado RW. neg., lo sviluppo delle adeniti dimostravano l'insuccesso. Anche la seconda cura fu eseguita male, cosicchè alla fine del secondo anno si ebbero gravi sintomi.

Nel 45 l'insuccesso della prima cura fu corretto da altre cure.

Il 46 si presenta in buone condizioni per la cura. L'insuccesso si manifesta nella RW. per cui sarebbe stata necessaria la seconda cura. Sintomi non si ebbero che dopo 8 mesi.

Nel 47 quantità insufficiente di medicinale. Con tutto ciò RW. diminuita e soltanto un sintoma dopo 9 mesi.

Nel 48 anche cura combinata non ridusse al normale la RW., per cui a breve distanza si sarebbe dovuto ripeterla.

Questi e altri casi simili mi hanno insegnato di attribuire il massimo valore allo spazio di tempo entro il quale si deve somministrare la quantità totale del medicinale, richiesta dal caso, cioè in media gr. 5 in 40 giorni. Qualora si distribuisca la stessa quantità a lunghi intervalli, l'efficacia del medicinale ne viene assai diminuita.

Questi casi insegnano ancora, che questa specie di cura qualora non riesca subito, non reca neanche alcun danno e la ripetizione della cura a tempo debito corregge l'insuccesso. Le neurorecidive tanto temute una volta non si verificano, appunto perchè la quantità del medicinale, somministrata coll'intenzione di fare una cura abortiva, è sempre tanto grande da evitarle con sicurezza.

Di solito l'insuccesso della cura si può già prevedere durante la stessa. Qualora per colpa del paziente il piano della cura non possa venire eseguito a puntino, si può rinunziarvi senz'altro. La risoluzione assai lenta del sifiloma e dell'adenite è indice sfavorevole; peggio ancora, quando incomincia a svilupparsi adenite in regioni lontane. La persistenza di RW. positiva o il cambiamento in RW. positiva indicano senz'altro l'insuccesso, mentre la RW. negativa da sola non può servire come segno di successo, qualora essa non sia il risultato di una cura esattamente eseguita e non si mantenga tale per parecchi mesi.

PROLE DI SIFILITICI STERILIZZATI.

OSSERVAZIONE 9ª — Sifiloma-adenite inguinale. 1920 febbr. RW. pos. Cura: gr. 5 più 40 iniezioni acagina; aprile RW. neg.; giugno sposa. 1923, 1° agosto: RW. neg.; bambina di 22 mesi e una di 3 mesi.

OSSERVAZIONE 10ª. — 1919 ag. 14: sifiloma labbro-adenite sottomentoniera. Cura fino 7 ottobre gr. 4.80; nov. 21 RW. neg.; a casa 20 iniez. di salicilato; 1920 giugno 17, RW. emol.; 1920 nov. sposa; 1922 marzo 10: visitato; bimbo di 8 mesi.

OSSERVAZIONE 26ª. — 1919 nov. 27: sifiloma frenulo-adenite lieve. Fino 10 genn. 1920 gr. 5.25; febb. e aprile RW. neg.; maggio fuori: gr. 2.55; sett. RW. neg.; dicembre sposa; 1921 marzo 24: RW. emol.; 1922 dic. 30: RW. neg., filia di 13 mesi.

OSSERVAZIONE 22ª. — 1920 febb. 29: sifiloma solco coronario-adenite a destra. Fino aprile 9: gr. 4.80; RW. neg.; luglio 1-agosto 11: gr. 4.80; 1921: 2 volte RW. neg.; 1922 marzo sposa; 1923 sett. 8: bimbo di 10 mesi.

Da queste Osservazioni noi desumiamo che l'individuo curato non contagia la moglie e ha almeno il primo figlio sano. Nell'Osservazione 9ª non erano trascorsi che 5 mesi dall'infezione. Ciò prova che la sterilizzazione era stata completa, e che egli contrasse matrimonio in istato normale. Negli altri casi sono trascorsi 1 e 2 anni dall'infezione, perchè ciò fu consigliato da me, onde aver tempo per il controllo della cura.

La tanto dibattuta quistione di « sifilide e matrimonio » viene quindi risolta in modo molto semplice. Quando si è sicuri della riuscita della cura, si può permettere il matrimonio.

I dettami classici di permettere il matrimonio soltanto 4 o 5 o 6 anni dopo la malattia, oppure un paio d'anni dopo le ultime manifestazioni,

qui non possono trovare applicazione, perchè a cura finita non esistono più segni morbosi di alcuna specie, nè se ne avranno.

LA REINFEZIONE.

Nel passato la reinfezione, per la sua grande rarità, non aveva altro che interesse teorico, inquantochè contrastava coll'immunità che conferisce la sifilide. Nell'ultimo decennio invece essa ha acquistato grande importanza pratica, sia perchè si osserva molto più spesso di prima, sia perchè vien considerata quale indizio sicuro della guarigione, conseguita per mezzo della terapia sterilizzante.

Anche la mia esperienza propria corrisponde a questo cambiamento della frequenza della reinfezione.

Fu soltanto nel 1910 che mi fu dato di osservare per la prima volta un caso di reinfezione che veramente mi ha convinto della sua esistenza.

(So). — Nel 1906, aprile 10, io visitai un giovane di anni 25, colpito da meningite basilare sifilitica: cefalea, ptosi, paresi dell'oculomotorio esterno e midriasi O. S., paresi del facciale a sinistra. L'infezione rimonta al 1900, i primi sintomi della meningite ebbe nel dicembre u. sc., ma venne curata malamente. Negli anni 1907 e 1908 fece delle cure con iniezioni di calomelano e si ristabilì. Nei primi di giugno 1910 egli mi fece visitar la sua amante colla quale conviveva da poco e nella quale egli aveva osservato una vaginite. La parete inferiore della vagina mostrava in mezzo alla mucosa normale una zona erosa e arrossata, di consistenza normale. Le glandole inguinali bilaterali ingrossate e indolenti. Al paraboloide spirocheti pallidi in grande abbondanza. La ragazza, un paio di mesi prima di convivere con lui, era stata fatta operare di atresia congenita dell'imene dalla madre allo scopo di prostituirla e non ebbe dopo che pochi contatti sessuali. Alla constatazione dell'infezione, il giovane disse di non aver avuto più rapporti colla medesima da tre settimane e che se ne sarebbe astenuto almeno fino alla guarigione della lesione locale. Intanto dopo un paio di giorni egli ritornò da me, per farmi vedere una piccola lesione nella nicchia del frenulo, di cui si era accorto 15 giorni dopo l'ultimo coito. Vi era leggiero arrossamento, soltanto da un giorno si erano formate delle piccole erosioni appena umide. Due giorni dopo lo rivisitai e constatai un leggiero indurimento in corrispondenza della lesione, si erano formate inoltre nella lamina interna del prepuzio cinque piccole rilevatezze arrossate pruriginose. Essendo allora possibile raccogliere del siero si fece l'esame microscopico che risultò positivo. Da un giorno all'altro si era ingrossata una glandola all'inguine sinistro. RW. negativa.

Si trattava quindi di una reinfezione avvenuta 10 anni dopo la prima e 4 anni dopo una grave affezione sifilitica.

Essendo allora appena resa di pubblica ragione la scoperta di Ehrlich egli dovette sobbarcarsi a cure mercuriali che eseguì scrupolosamente. Non ebbe mai altri sintomi della malattia, sposò nel 1914 e nel 1917 venni a sapere che aveva già una bambina sana di 22 mesi.

In seguito ho visto un altro caso che fu trattato pure soltanto con Hg alla prima infezione del 1908.

(Ci). — Nel 1916, novembre 14, io ebbi a diagnosticare sifiloma al labbro, RW. pos., in un signore. Egli mi disse in appresso che io già, nel 1908, insieme col suo medico di casa, l'avevo trovato affetto di sifiloma al pene e che egli si era curato per molti anni con iniezioni di calomelano. Precisava ancora che nel 1913 e 1914 RW. è stata negativa e che nel luglio u. sc. stava ancora in cura.

Non avendo preso nota della mia prima diagnosi, allora io non ero in grado di controllare i dati, fornitimi da lui, epperò restai in dubbio sulla realtà di una reinfezione.

Invece io dovetti ammetterla, allorquando venni a sapere altre circostanze non confessate da lui.

Egli si era sposato nel 1911; le prime gravidanze finirono con feti morti di 7 e di 6 mesi. In seguito la moglie ebbe a soffrire per 8 mesi di « febbre » e di « dolori reumatici ». Una bambina, che quando io la visitai nel 1923, aveva 7 anni, era affetta da parecchi mesi di febbre e di splenomegalia e aveva dentatura assai difettosa.

Quindi egli sposò nel terzo anno della sifilide e contagiò la moglie. Nei cinque anni susseguenti egli continuava a curarsi e guarì, dimodochè fu possibile una nuova infezione. La sifilide della figlia era ereditaria.

Negli ammalati, trattati da me dal 1912-1918 con 606 o con 914 insieme con olio grigio e con calomelano fino dal principio della malattia, io ho potuto constatare 5 casi di reinfezione.

(Ca). — 1914, agosto 14, ultimo coito; il 5 di settembre trovo un sifiloma al foglietto interno del prepuzio e adeniti biinguinali. Fino al 25 novembre furono praticate 20 iniezioni di calomelano da 5 ctgr. e delle iniezioni endovenose con neosalvarsan nella quantità totale di gr. 2.40. 1915, febbraio, RW. negativa, fatta a Roma. Non vi sono stati sintomi di sifilide. Il secondo ciclo di cura durò fino al 19 d'aprile e consisteva di 20 iniezioni di calomelano e di 3 iniezioni di salvarsan, la cui quantità non fu precisata. Nel luglio l'ammalato tornò da me: RW negativa, alcun segno di malattia. A causa della irregolarità della cura s'iniziò una serie d'iniezioni di olio grigio da 10 ctgr. ognuna.

Durante la cura l'ammalato richiamò la mia attenzione su una chiazza arrossata al foglietto interno del prepuzio verificatosi dopo un coito e cui in principio io non attribuiva alcuna importanza, fino a che, e cioè circa 3 settimane dopo l'inizio della lesione, io non dovetti constatare che vi si era sviluppato un indurimento e che agli inguini si erano ingrossate le glandole linfatiche. All'esame microscopico spirocheti pallide presenti.

Un anno dopo la prima infezione si era quindi verificata una seconda e per di più mentre il corpo era sotto l'azione del mercurio.

Quest'ultimo fatto mi spinse a rivolgermi al chiarissimo prof. Pellizzari per sapere se nel passato negli operai nelle miniere di mercurio in Toscana, affetti di mercurialismo, si fossero fatte delle osservazioni particolari sul loro comportamento verso l'infezione luetica. Ed egli gentil-

mente mi rispose che anche in simili operai la sifilide attecchiva e si sviluppava nel modo comune.

La seconda infezione, mentre RW. era negativa, fu curata press'a poco come la prima con neosalvarsan e Hg. Non si svilupparono mai sintomi della malattia e RW. sempre negativa. La cura si protrasse fino al 1918. Nel marzo 1921 io venni a sapere che era stato contratto matrimonio e che la moglie ha avuto un aborto di mesi 3 ½. RW. nel marito negativa.

(Vo). — Nel 1912 in dicembre mi consultò un giovanotto per un sifiloma alla metà sinistra del labbro inferiore della bocca, accompagnato da forte ingorgo glandolare sottomascellare.

Fu sottoposto dal medico curante alle iniezioni endovenose di salvarsan e di quelle di calomelano. Non furono osservati sintomi della malattia.

Nel 1913 in ottobre stato normale e RW. negativa. Fino al marzo del 1914 soltanto 10 iniezioni di calomelano, allora furono praticate 3 iniezioni di neosalvarsan da 45 ctgr. ognuna e prescritte delle pillole mercuriali. Nell'aprile sposa; nel novembre RW. negativa, vengono fatte 4 iniezioni di neosalvarsan da 45 ctgr. 1915, febbraio fino a giugno, pillole mercuriali; in dicembre nasce un bambino sano (il quale nel 1917, settembre, muore di difterite). 1916 due volte cura di joduro, in febbraio RW. negativa. 1917, settembre 17, ritorna e racconta che 50 giorni prima ebbe un rapporto extramatrimoniale, in seguito al quale osservò al glande delle piccole lesioni che persistono tuttora. Io riscontro delle chiazze rosse, circolari, erose con leggiero indurimento; spirocheti presenti. All'inguine destro glandole notevolmente ingrossate. Una glandola sottomascellare rimasta dalla prima infezione al labbro. Poche papule sifilitiche sul fianco e alle coscie. La cura con neosalvarsan e mercurio subito iniziata non impedì l'estendersi dell'esantema. In seguito la cura subì molte interruzioni e si protrasse fino al 1920. 1921, ottobre 3: da un anno senza sintomi e RW. negativa.

(Roc.). — 1918, maggio 26, sifiloma al solco coronario vicino al frenulo, spiroch. pos. adenite biinguinale. Cura endovenosa con Billon e con olio grigio. Fino luglio 15 Billon gr. 3.75 più 7 iniezioni di Hg. Durante cura piccole glandole linfatiche palpabili alla regione epitrocleare e cervicale a sinistra. Luglio 25: tutto guarito. RW. negativa. La cura continua fino ottobre con 4 gr. Billon e 10 iniezioni Hg. Nel frattempo in seguito a coito piccole erosioni senza spirocheti.

Si presenta 1919, luglio 16: al glande sifiloma con erosione; spir. pos. RW. pos. Durante l'anno passato alcun disturbo.

(Ac.). — 1918, aprile 26: erosioni al foglietto intorno al solco e al glande, adenite inguinale destra. RW. neg. Dopo iniezioni di olio grigio da 10 ctgr. tonsillite ulcerosa sin. Billon 2.55; dopo cura RW. ritardo. Billon gr. 2.10 più 7 iniezioni olio grigio. RW. diventa neg. Billon gr. 3.60. RW. ritardo. In seguito Billon gr. 3.75. RW. neg. e si mantiene tale. Di nuovo Billon gr. 3.75 e cioè 2 anni e mezzo dall'inizio della malattia. 1921, '22, '23 senza cura: stato normale e RW. neg.

1923 nei primi di dicembre dopo coito erosioni vicino al meato orinario e sul glande, furono causticate. Glandole inguinali multiple a destra.

1924, gennaio 4, RW. pos. In 36 giorni 914 gr. 4.80. RW. subito dopo leggermente pos. In 43 giorni gr. 3.90. RW. neg. Si mantiene tale fino 1924 novembre.

(Agr.). — 1912 novembre: sifiloma-adenite inguinale destra. Iniezioni endovenose di 606: 30 e 40 ctgr. più 20 calomelano da 5 ctgr.; 5 mesi dopo cura RW. pos. Nel 1913 calomelano 20 iniezioni; 1914, gennaio 26, RW. neg., si mantiene tale senza ulteriori cure nel 1915, 1917, 1920.

Nel 1924, ottobre 20, si presenta con indurimento semicircolare del solco coronario, adenite biinguinale e epitrocleare e roseola generalizzata. RW. pos.

Infine negli ammalati, trattati esclusivamente con 914, ho osservato 3 casi di reinfezione.

OSSERVAZIONE 8ª. — 1919, maggio 3: sifiloma al frenulo, adenite inguinale sin. Billon 4 gr. in 40 giorni. Novembre 13: stato normale, RW. neg.

1920, aprile 18: nessun'altra cura, RW. neg.

1923, settembre 19: nessun'altra cura. Al frenulo 3 piccoli sifilomi erosivi e 2 al glande; 2 glandole inguinali a sinistra; placche erosive all'ano; una placca sotto la lingua e al labbro superiore.

OSSERVAZIONE 29ª. — 1919, luglio 14: sifiloma al pene, adenite inguinale bilaterale. Per via endovenosa gr. 4.80 di 914 fino agosto '20; settembre '20 RW. neg. Dal novembre 10 fino dicembre 30 la stessa cura.

1921, maggio 19: stato normale. RW. neg.; 1921, giugno 15: si presenta da me, perchè durante una cura di dilatazione dell'uretra, fatta per uretrite cronica nel frattempo, il meato uretrale era diventato tanto stretto da ostacolare la minzione e da non permettere più la continuazione della cura. Trovai l'orifizio uretrale assai ristretto e alla palpazione rigidità del canale uretrale per circa ½ cm. Colla pressione che non suscitava dolore usciva del siero leggermente torbido dal meato, nel quale si trovarono spir. pall.

All'inguine d. una glandola ingrossata e indolente. Diagnosi: sifiloma endo-uretrale, prodotto da sonda, inquinata da umori sifilitici.

OSSERVAZIONE 33ª. — 1920, gennaio 13: io trovai sifiloma (spir. +) al foglietto interno; adenite biinguinale; RW. neg. Il medico curante tratta con iniezioni endovenose di 914 gr. 5. In maggio egli trova RW. negativa, ripete la stessa cura in giugno e luglio e trova in agosto RW. negativa.

1921, agosto 24: lo stesso ammalato mi si presenta con grosso sifiloma alla parte posteriore del rafe del pene, con adenite inguinale a destra e con roseola.

DIALOGO FRA ME E IL PAZIENTE NEL PASSATO ED ORA.

Alla sua domanda: — Arriverò a guarire?

Io rispondeva: — Lei dovrà curarsi per un paio d'anni, circa tre anni, fortemente e metodicamente, facendo ogni anno alcuni turni d'iniezioni. Già, al primo turno, con uno o due mesi d'intervallo, seguirà il secondo turno. In seguito si stabilirà la ripetizione a secondo l'effetto delle prime cure.

Io rispondo: — La cura, che noi inizieremo subito, è decisiva per la guarigione. Per circa

sei settimane lei deve mettersi completamente a disposizione del medico, perchè egli possa eseguirla esattamente. In seguito noi controlleremo il risultato della cura per circa un anno e faremo ancora qualche altra cura.

— Avrò delle manifestazioni?

Io rispondeva: — Eseguendo regolarmente le iniezioni per un paio di mesi, lei non ne avrà.

Io rispondo: — Appena incominciata la cura, è tagliata la malattia e lei non si accorgerà nemmeno di essere ammalato.

— Debbo prendere precauzioni in famiglia?

Io rispondeva: — Sebbene pel momento non ci sia pericolo, è meglio evitare che oggetti di uso comune, come bicchieri, cucchiai, ecc., passino subito dalla sua bocca a quella degli altri, perchè nei primi tempi possono sempre comparire delle lesioni alla bocca che sono contagiose.

Io rispondo: — No; il pericolo di contagio vien subito scongiurato colla cura.

— Posso fumare?

Io rispondeva: — Lei deve smettere a fumare, altrimenti si svilupperà facilmente la stomatite mercuriale e verranno delle placche che sono assai contagiose e recidivano spesso.

Io rispondo: — Sì.

— Potrò sposare in avvenire senza pericolo nè per la moglie nè per i figli?

Io rispondeva: — Se lei eseguirà esattamente tutte le cure e non avrà alcun segno di malattia durante tutto il tempo, lei potrà sposare. Ma, se lei avrà delle manifestazioni, dovrà aspettare più di tre anni.

Io rispondo: — Fra un anno lei potrà sposare senza pericolo.

— Sono fidanzato!

Io rispondeva: — Pensi prima alla sua salute, dopo lei potrà pensare al matrimonio.

Io rispondo: — Fra un anno lei potrà sposare.

— Posso frequentare donne — domanda il paziente — appena guarito il sifiloma?

Io rispondeva: — Se si tratta di donne oneste, lei corre rischio di contagiarle, se invece di prostitute, lei può stare con animo tranquillo, perchè sono tutte sifilitiche e la sifilide non si prende che una sola volta in vita sua.

Il paziente se ne va contento, pensando che nella sua sciagura ha avuto almeno la fortuna di guadagnare maggiore libertà d'azione nella vita sessuale.

Io rispondo: — Lei deve stare molto attento, altrimenti prenderà una seconda volta la sifilide.

Il paziente se ne va sorridendo ironicamente, e dopo poco tempo potrà ritornare, per annunziarmi con tono rimproverativo « la prima manifestazione della sifilide » curata da me, la quale poi in realtà sarà una seconda infezione.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. GIACOMO IN ROMA — II REPARTO.

Di una forma rara di ernia di Littre.

Prof. SERTORIO MARINACCI, chirurgo aiuto, libero docente.

Il caso ha importanza per il reperto anatomo-patologico. Si trattava di un uomo di 64 anni con sindrome clinica di ernia crurale irriducibile e dolente: qualche conato di vomito; non arresto di materie fecali e di gas.

All'atto operativo da me eseguito quasi subito dopo il suo ingresso in Ospedale si notò trattarsi più che di uno strozzamento parietale di un'ansa, nel vero senso della parola, di una irriducibilità e di un'irritazione del diverticolo erniato per effetto di un corpo estraneo (pezzo di osso) che si era disposto trasversalmente nel diverticolo in modo che ne usurava con i due estremi la parete, ridotta, in quei due punti, alla sola sierosa e ne impediva meccanicamente la riduzione. Eseguii una resezione del tratto intestinale corrispondente, con sutura termino-terminale delle due estremità intestinali.

Il malato ebbe un decorso post-operatorio normale, e fu dimesso dopo 20 giorni dall'Ospedale, guarito.

La figura che qui appresso riporto mostra il tratto intestinale resecato con il suo diverticolo, e il pezzo d'osso che era disposto trasversalmente nel suo interno. Il caso si presta a qualche considerazione.

Come si sa l'ernia di Littre, ernia parietale, è quella nella quale non tutto il canale intestinale, ma solo una parte della sua parete si trova nel sacco: si tratta per lo più di piccoli sacchi erniari con orifici stretti e tesi: per lo più sono ernie crurali, raramente ernie inguinali. Lo strozzamento delle ernie parietali è determinato da un aumento della pressione endoaddominale ed endoviscerale, che porta a riempimento brusco, a ristagno, a distensione del diverticolo intestinale e consecutivo strozzamento elastico.

Alcuni ammettono che si possa avere uno strozzamento parietale in modo acuto, nel senso cioè che non preesistesse diverticolo intestinale: in genere tale possibilità è negata e si ammette che già prima dello strozzamento esistesse un'estroflessione della parete, che aumenta all'atto dello strozzamento.

Nel mio caso si può parlare di strozzamento? Clinicamente come ho già detto, si fece diagnosi

di ernia irriducibile, ma d'altra parte sappiamo che siccome il lume intestinale rimane pervio, in caso di ernie strozzate parietali, mancano i sintomi dell'occlusione completa, mentre la parte strozzata va soggetta a gravi alterazioni. Il reperto anatomo-patologico dimostrò non trattarsi di vero strozzamento; vi era comunicazione fra il diverticolo erniato e il resto del lume intestinale, il diverticolo non presentava alterazioni del suo colorito e della sua consistenza, escluso nei due punti meccanicamente usurati dall'osso, non vi era liquido nel sacco. Si trattava in realtà di un'ernia parietale irriducibile, non per aderenze col sacco, come accade nella generalità dei casi, ma per un fatto meccanico, determinato dall'ossicino che, postosi trasversalmente nel diverticolo, aveva un diametro superiore a quello della porta erniaria: il pericolo in questo caso non era dato dalla gangrena dallo sfacelo del diverticolo come avviene nello strozzamento, ma dalla minacciante perforazione meccanica di essa, che probabilmente avrebbe avuto gravi conseguenze dato le scarse aderenze esistenti fra il sacco e il diverticolo, e la facile insorgenza perciò di una peritonite diffusa.

Evidentemente in questo caso il diverticolo, spessito, doveva preesistere, e gradatamente vi si era cacciato il corpo estraneo che si era poi disposto trasversalmente, impedendo meccanicamente la riduzione.

BIBLIOGRAFIA.

ADAM. *Du pincement latéral dell'intestin.* Paris 1895.
FÖDERL. *Ueber Darmwandbrüche.* Arch. f. Klin. Chir., Bd. 56.
RIEDEL. *Ueber abiute Darmwandbrüche.* Klinische Vortr., n. 147, 1891.
W. ROSER. *Ueber Darmwandbrüche.* Zentralblatt f. Chir., 1886.
SACHS. *Versuch einen Darmwandbrüche zu erzengen.* Zentralblatt f. Chir., 1890.
BERGMANN-BRUNS. *Chirurgia Pratica,* III volume.
DONATI. *Chirurgia dell'addome.* Società Editrice Torinese.

OSPEDALE CIVILE DI UDINE
SEZIONE CHIRURGICA MASCHILE
diretta dal chir. primario dott. LUIGI RIEPPI

Di un caso di linite plastica dello stomaco

per il dott. LUIGI TOMASI.

D.A. d'anni 37, da Lauco, entra in Reparto medico il 4 Giugno 924 con diagnosi di (gastropatia). Nulla di notevole nel gentilizio. Nega d'aver avuto malattie veneree. 10 anni or sono ebbe una pneumonite franca e due anni fa malaria. Fino al febbraio u. s. non ebbe alcun disturbo. In tale epoca incominciò ad accusare, specialmente durante la notte ed al mattino, vivi dolori localizzati all'epigastrio che si mitigavano coll'ingestione di cibo. Durante gli accessi dolorosi lo stomaco acquistava una consistenza durissima al punto da far risaltare la sua forma attraverso le pareti addominali.

Rarissime volte il paziente ebbe vomito alimentare, al mattino qualche volta, ebbe conati di vomito ed emissione di poca quantità di liquido amaro.

Esame obiettivo. — Nulla a carico degli apparati polmonare e cardiovascolare. La milza è leggermente aumentata di volume. La palpazione dell'addome, a stomaco vuoto, fa rilevare alla regione epigastrica una massa dura, cilindrica, più marcata a sinistra della linea xifo ombelicale. Tale massa è leggermente dolente alla palpazione profonda. Dopo i pasti l'esame della regione dà gli stessi risultati. Praticando la lavatura gastrica la sonda penetra con facilità nella cavità gastrica ma risalta subito il fatto che dopo il versamento nello stomaco di pochissima quantità di acqua questa risale subito nell'imbuto.

Esame radiologico. — Normale la grande tuberosità, le cavità del corpo e dell'antro pilorico appaiono uniformemente assottigliate, a contorni un po' irregolari. Scomparso qualsiasi segno di peristalsi. Piloro pervio, nulla a carico del duodeno.

L'anamnesi, l'esame clinico e radiologico fanno pensare ad una linite plastica dello stomaco; per confermare tale diagnosi e poi un eventuale intervento operatorio il paziente passa nel n. reparto chirurgico il 30 Giugno.

Atto operativo. 10 Luglio 1924. — Cloro narcosi. (Opera il chirurgo primario dott. Luigi Rieppi).

Laparotomia xifo-ombelicale mediana. Aperto l'addome, si presenta lo stomaco in posizione normale con l'aspetto di un grosso tumore cilindrico semi-rigido. Colla palpazione si può subito stabilire trattarsi di una ipertrofia delle pareti dello stomaco diffusa a tutta la superficie gastrica. Tale ipertrofia è maggiore a carico della parete stomacale posteriore la quale raggiunge lo spessore di circa quaranta mm. mentre la parete anteriore ha lo spessore di circa 30 mm. Il piloro leggermente stenotico per l'ipertrofia delle sue pareti è però sufficientemente ampio per il passaggio normale del chimo nell'intestino.

L'idea di praticare la gastroenterostomia è scartata riconoscendo l'inutilità di praticare tale atto operativo su di una parete stomacale ammalata quando il piloro è sufficientemente pervio.

Si passa quindi alla sutura a strati delle pareti addominali ponendo termine all'atto operativo.

Il decorso postoperatorio fu normale. In dodicesima giornata si levarono i punti. Il paziente però continuò ad accusare gli stessi disturbi benchè leggermente attenuati. I ripetuti esami dell'epigastrio diedero gli stessi risultati ottenuti prima dell'atto operativo.

Il 25 Luglio si dimette dall'ospedale il paziente in condizioni discrete.

Tutta la storia della linite plastica è dominata dalla controversia fra gli autori alcuni dei quali sostengono l'origine infiammatoria della malattia mentre altri sostengono quella neoplastica. Tutti quelli che trattarono la linite plastica prima del Brinton erano concordi nell'escludere l'ipotesi di un cancro e nel considerare la malattia quale fatto infiammatorio cronico delle pareti stomacali e Brinton stesso era nel dubbio affermando che « solo un gran numero di osservazioni cliniche e necroscopiche potrebbe definire la questione ».

Anche secondo altri autori posteriori al Brinton l'ipotesi emessa da Curtis (che nell'affezione indicata dai Francesi col nome di linite plastica si tratti di un processo essenzialmente flogistico cronico del peritoneo che secondariamente attacca lo stomaco e l'intestino portando alla stenosi) potrebbe essere vera.

Però fin dal 1859 Rokitansky aveva descritto la linite plastica sotto l'aspetto di cancro fibroso simile allo scirro e Bret, Paviot, Mathieu, Soupault, seguiti dalla maggior parte degli autori moderni difesero e riuscirono a far trionfare la teoria neoplastica.

L'espressione stessa di linite plastica include il concetto nosografico di questa singolare affezione nella quale notasi un ispessimento diffuso delle varie tonache della parete stomacale, ispessimento dovuto a sviluppo di tessuto fibroconnettivale sopratutto della sottomucosa dalla quale può diffondersi alla sottosierosa con consecutiva rigidità della parete gastrica. Nella maggior parte dei più recenti preparati istologici la mucosa presenta delle zone intatte, ed altre invece ove si riscontrano isolotti rotondeggianti o striature di cellule cancerigne del tipo cilindrico, la sottomucosa notevolmente spessa, è completamente infiltrata e tale neoformazione fibroso connettiva respinge le ghiandole il fondo delle quali è spesso completamente distrutto.

Tali preparati istologici dimostrano come il neoplasma nasca nelle profondità delle ghiandole della mucosa e come la reazione connettiva

si sviluppi specialmente nella sottomucosa e si diffonda poi anche agli altri strati.

Forse anche gli autori che difesero la teoria infiammatoria avevano un po' di ragione, infatti si attribuisce da molti una non lieve importanza alle infiammazioni croniche nella patogenesi dei cancri per lo meno per quanto riguarda il potere di agevolare la localizzazione del neoplasma, in particolare si ritiene che l'ulcera cronica dello stomaco possa favorire lo sviluppo del cancro, alla stessa maniera dunque potrebbe darsi che l'infiammazione cronica dello stomaco favorisca e prepari la localizzazione del processo neoplastico della linite plastica, restando però dimostrato che l'iperplasia connettivale è sempre una reazione secondaria e la produzione cancerigna la lesione primitiva.

I sintomi clinici risultano dal fatto che lo stomaco è trasformato in un tubo rigido di limitata capacità, uno dei più comuni sintomi è dato dal vomito che insorge subito dopo l'ingestione di cibo (tale sintomo mancava nel caso nostro) e che non deve venir confuso col rigurgito, che si riscontra nelle stenosi esofagee e nel carcinoma del cardias, per il fatto che in tali casi la sonda esofagea non passa con facilità nello stomaco. Altro fatto che dimostra la diminuita capacità dello stomaco è dato dall'impossibilità di introdurre nello stomaco colla sonda quantità relativamente poco considerevoli di liquido senza vedere il liquido risalire nell'imbuto. Localmente la palpazione di solito dà risultati incerti o negativi; però in alcuni casi si percepisce un piano resistente, una specie di massa profonda che dà l'mpressione di un ispessimento uniforme dello stomaco, più di rado la regione gastrica è occupata da un tumore sporgente voluminoso, allungato e qualche volta la palpazione profonda provoca dolore.

Furono descritti alcuni casi di linite plastica dello stomaco con metastasi nei diversi tratti dell'intestino e del peritoneo; tali casi, essendo stato dimostrato che la metastasi si propaga attraverso i linfatici come per il carcinoma, furono decisivi per far trionfare la teoria neoplastica.

È chiaro che nei casi di linite plastica dello stomaco con diverse metastasi all'intestino ed al peritoneo, la diagnosi è complicata da tutti i sintomi che accompagnano sempre tali localizzazioni; in tali casi infatti la sintomatologia può essere al tempo istesso gastrica per l'anoressia ed il vomito, intestinale per la diarrea o stitichezza, peritoneale specialmente per l'ascite e generale per la cachessia.

In molti casi quindi la sintomatologia della linite plastica si confonde con quella del cancro dello stomaco o di qualche altro organo addominale a tal punto che la diagnosi esatta è rarissima e difficilissima. Attualmente il compito del medico è molto facilitato dal contributo offerto dai raggi X, infatti con questo mezzo si può facilmente constatare la diminuita capacità dello stomaco e la scomparsa o la diminuzione della peristalsi gastrica, fatti che hanno importanza capitale per formulare una diagnosi precisa.

Quanto alla terapia, quella chirurgica non può avere che carattere palliativo e la gastroenterostomia stessa quando è tentata ha un esito molto incerto per il fatto che l'operatore interviene su di una parete stomacale notevolmente ammalata.

La prognosi è quasi sempre infausta data la natura neoplastica della lesione ora chiaramente dimostrata.

BIBLIOGRAFIA

KAUFMAN. *Anatomia patologica*, vol. II.
De QUERVAIN. *Diagnostica Chirurgica*.
DUPLAY et RECLUS. *Trattato di chirurgia*, vol. VI.
DONATI. *Chirurgia dell'addone*.
ACHARD. Lezione dettata all'Ospitale Beaujon sulla *Linite plastica dello stomaco e dell'intestino*.
HAYEM et LION. *Malattie dello stomaco*.
MENETRIER. *Cancro*.

SUNTI E RASSEGNE.

MEDICINA.

Osservazioni cliniche e reperti di laboratorio in un'epidemia di febbre ghiandolare.

(R. GILBERT e M. B. COLEMAN. *Amer. Journ. of Hygiene*, gennaio 1925).

I lavori recenti sulla febbre ghiandolare dimostrano che ben poco si è venuto aggiungendo alla particolareggiata descrizione data da Pfeiffer nel 1889. Si ammette in generale che vi sia in tale malattia un aumento dei leucociti e si tende a considerare la malattia stessa come una mononucleosi infettiva; l'eventuale polinucleosi che si osserva in qualche caso sarebbe dovuta all'infezione delle ghiandole da parte di germi piogeni.

Gli AA. hanno potuto fare delle osservazioni in occasione di un'epidemia di febbre ghiandolare che colpì un centinaio di individui. I primi casi, eivdentemente leggeri, vennero presi per semplici raffreddori; quelli più serii furono da principio diagnosticati come orecchioni, mentre un altro medico riteneva trattarsi di influenza. Soltanto in seguito venne fatta la diagnosi di febbre ghiandolare.

L'epidemia si sviluppò in un distretto rurale

dello Stato di New York, e le condizioni stesse di vita, in case coloniche lontane dalle città, non permisero uno studio accurato dei casi; in qualche famiglia, il medico non intervenne mai di persona, la cura venne fatta a distanza e le storie furono raccolte in seguito sui commemorativi. Anche gli esami del sangue vennero fatti in parte su individui convalescenti o guariti.

Gli AA. riportano brevemente le storie di 64 malati, raggruppati in gran parte per famiglia. I sintomi predominanti furono: mal di gola, febbre, cefalea, vomito, talvolta herpes e, come sequela, anche nefrite. L'ingrossamento delle ghiandole fu nella maggior parte localizzato a quelle cervicali, in qualche caso si ebbe anche alle ascellari ed alle inguinali; talvolta si ebbe anche suppurazione. In qualche caso mancò l'ingrossamento delle ghiandole, ma la somiglianza degli altri sintomi ed il verificarsi della malattia tipica contemporaneamente o quasi anche in altri membri della famiglia indusse gli AA. ad includere tali casi con gli altri. Uno dei casi fu mortale; trattavasi di una donna di 35 anni in cui si ebbe nefrite e la morte sopravvenne dopo due settimane dall'inizio; venne emesso il sospetto che la nefrite fosse preesistente ed aggravatasi poi in causa dell'infezione.

In cinque casi vi fu una storia precisa di scarlattina. L'aspetto della gola e della lingua nei pazienti veduti durante lo stadio acuto era del tutto simile a quello degli scarlattinosi; in nessun caso si osservò eruzione cutanea o desquamazione.

La durata della malattia variò da qualche giorno a due mesi.

Oltre a nove casi isolati, se ne osservarono 71 in 13 famiglie; in queste venne colpito il 90.6 % dei bambini ed il 46.8 % degli adulti, per alcuni dei quali però la diagnosi appare alquanto incerta. Fra i casi isolati, si trovano individui di 45, 58, 60 anni.

Come ricerche di laboratorio, venne eseguito ripetutamente l'esame del sangue in 30 individui e venne fatto anche qualche esame batteriologico. In molti casi, si è osservata leucocitosi, anche fino a 20,000; solo in un caso si osservò leucopenia con linfocitosi relativa (1) seguita poi da moderata leucocitosi. Dal conteggio differenziale, si rileva che, in complesso, il 40 % ed anche più dei leucociti apparteneva ai mononucleari; questi salivano a 55 % e più (in un caso fino a 73.3 %) nel 20 % dei casi. Questo aumento così notevole dei mononucleari, in una proporzione elevata dei casi studiati, sta ad indicare che tale condizione sarebbe peculiare della febbre ghiandolare. In una metà circa dei casi, si osservarono alcuni linfociti con protoplasma tendente alla colorazione basofila e di aspetto granulare. In qualcuno si notò polimorfonucleosi, forse in connessione con la formazione di pus. Nel 66 % dei casi si osservarono eosinofili, in proporzione del 2-7 %; l'eosinofilia era stata notata anche da altri autori. Il numero delle emazie era nei limiti normali e la percentuale dell'emoglobina poco al di sotto della norma. Non venne mai trovato nessun mielocito.

Esami batteriologici. In considerazione della somiglianza dei sintomi osservati con la febbre di Malta e la tularemia, gli AA. procedettero a sieroreazioni per i detti germi sopra due adulti, ma con esito negativo. Da quattro colture fatte con il secreto faringeo ed, in un caso, dal pus, si ottenne lo streptococco emolitico; da sei colture del secreto faringeo, si isolarono streptococchi produttori di metaemoglobina. Non fu possibile fare emocolture.

Queste osservazioni concordano, in complesso, con quelle di altri autori, ma sono ancora troppo scarse per fornire la base di qualsiasi conclusione.

FILIPPINI.

Tifo e disturbi mentali.

(R. BENON. *Gaz. des hôpit.*, n. 65, 1924).

I disturbi mentali durante il periodo acuto del tifo addominale sono molto comuni.

In una larga statistica, raccolta durante la guerra, l'A. ha constatato i disturbi mentali nel 25 per 100 dei casi. Più rari sono tali disturbi nella convalescenza.

Tifo e confusione mentale. — Esistono due forme: la *confusione mentale acuta*, con incoerenza profonda del linguaggio ed incomprensione totale, da parte dell'osservatore, dei discorsi del paziente, forma grave che può durare poche ore o prolungarsi per molti giorni; e la *confusione mentale subacuta*, piuttosto intermittente, nella quale i disturbi della percezione e dell'orientamento sono ben caratterizzati, e chiari. Nella prima forma bisogna far rientrare il delirio tranquillo, la carfologia, l'atassia, il coma vigile e la maggior parte dei casi di onirismo, da non confondere col delirio allucinatorio.

Nella seconda forma si dovrebbe comprendere il delirio professionale, associato o no a fenomeni allucinatori. La confusione mentale, nel tifoso, si sviluppa su di uno stato depressivo generale, senza che, per questo, si tratti di confusione mentale astenica. Astenia e confusione mentale

(1) Gli AA. numerano insieme i linfociti grandi e piccoli, contando a parte solo i grandi mononucleari insieme con le cellule di passaggio; dalla somma di entrambi risulta il numero dei mononucleari.

sono sindromi ben diverse: nell'astenia vi è confusione cosciente nelle idee, nella confusione mentale vi è confusione incosciente nelle percezioni. Si può dire che l'astenia favorisce lo sviluppo della confusione ma si sa che questa può manifestarsi senza astenia, come negli alcoolisti.

Tifo e delirio allucinatorio acuto. — Nei casi puri, senza associazione di confusione mentale episodica, la sindrome psicopatica è del tipo del *delirio di persecuzione*, acuto o subacuto, allucinatorio e mal sistematizzato, comune nelle varie intossicazioni ed infezioni: le allucinazioni della vista e dell'udito sono tra le più importanti. Alle volte si tratta di un vero *delirio melanconico*, con idee di colpevolezza, di disperazione, di rovina, o di *deliri mistici, religiosi*. Quando il delirio allucinatorio è complicato da episodi confusionali, presenta grande difficoltà di analisi: generalmente l'agitazione (che corrisponde al delirio) si alterna con la depressione. Il delirio allucinatorio, ora intermittente, ora continuo, predomina alla sera, ma può durare nella notte, nel giorno, e prolungarsi nella convalescenza. Non è seguìto, dopo la sua guarigione da amnesia, la quale è invece completa per gli episodi confusionali.

Tifo, astenia e delirio. — L'*astenia tifosa* è *muscolare* e *psichica* e giunge agli alti gradi dello stupore, della prostrazione, dell'adinamia, determinando in alcuni soggetti la insorgenza di *idee e deliri ipocondriaci* o *di persecuzione*, fondati non su allucinazioni, ma su interpretazioni assurde. Da alcuni è ammesso che l'astenia tifosa possa dar luogo anche a uno *stato maniaco*, ed alla *follia erotica*.

Tifo e psicosi di Korsakoff. — La rarità di questa sindrome nel corso del tifo è forse solo apparente, in quanto da alcuni non si vuol separare la psicosi dalla confusione mentale. I sintomi cardinali in questa, come nelle altre infezioni ed intossicazioni sono: amnesia di fissazione, la fabulazione, i falsi riconoscimenti, l'euforia. La psicosi di Korsakoff non è un delirio, ma è una affezione della memoria, e differisce nettamente dalla confusione mentale, che può tuttavia accompagnarsi episodicamente alla psicosi. Il tifoso, che è specialmente un astenico psichico, può presentare disturbi della memoria di fissazione, di riproduzione e di localizzazione, non accompagnati da confabulazione, da parognosia, da euforia che li differenziano dalla speciale psicopatia di Korsakoff. Questa non può essere nemmeno confusa con una sindrome demenziale: questo errore è possibile nella convalescenza, se la psicosi diventa cronica.

Disturbi mentali nella convalescenza del tifo. — Non sono eccezionali. Tra i più frequenti: la *psicosi periodica*, la *demenza precoce*, i *deliri sistematizzati*, che sembrano eccezionali; l'*astenia cronica*, più comune delle affezioni precedenti, ma rara in rapporto alla frequenza del tifo, e caratterizzata da astenia muscolare e psichica e accessoriamente da cefalea, rachialgia, insonnia, stordimento, ronzio, disturbi subbiettivi della vista, pesantezza della digestione, costipazione, ecc., con forme e gradazioni variabili; l'*amnesia*, accusata da antichi tifosi che non sembrano astenici cronici, e che lamentano amnesie di fissazione, o di evocazione parziali, lacunari, intermittenti. Le condizioni steniche muscolari appaiono normali.

Trattamento. — È interessante solo quello dei disturbi mentali nella fase acuta del tifo. Anzitutto, qualunque sia lo stato di agitazione del malato bisogna evitare l'internamento in un asilo per alienati. Questi malati confusi, deliranti o agitati non debbono essere trattati con la camicia di forza. Per ciò occorre un personale d'assistenza numeroso di giorno e di notte. Se questo manca si porrà il malato troppo agitato in un letto a terra, in una piccola camera d'isolamento. L'alimentazione sarà liquida, a base di latte. Il bagno freddo è controindicato, ed è mal sopportato. Si preferirà il bagno tiepido o caldo, più sedativo. Il lenzuolo bagnato ha dato buon risultato, permettendo ai malati privi di qualsiasi riposo per giorni e notti, di avere molte ore di calma se non di sonno. I medicamenti antitermici saranno usati come di consueto; invece saranno dati con riserva quelli contro il delirio e l'agitazione, che riescono senza effetto e spesso pericolosi.

Sono preferibili i preparati a base di valeriana e di veronal, e con impiego intermittente, mentre sarà bene astenersi, all'inizio, dall'uso di cloralio, morfina, codeina, stricnina, senza dimenticare, tuttavia, che la terapia antitifica è essenzialmente sintomatica ed eclettica.

PICCINELLI.

CHIRURGIA.

Sull'enfisema mediastinico dopo strumectomia.

(GOLD. *Mitt. a d. Grenz. der Med. u. Chir.*, Bd. 37, 1924).

Alle svariate complicazioni che possono seguire l'operazione di gozzo (alterazioni polmonari e cardiache, embolie, alterazioni dei ricorrenti, malacia della trachea, cachessia tireopriva) si può aggiungere l'enfisema del mediastino di cui il primo quadro clinico ed anatomico fu descritto da Dupujtren. Secondo Pfanner esso sarebbe consecutivo ad un enfisema interstiziale mentre secondo Sauerbruch si avrebbe soltanto dopo la

frattura di un grosso bronco dell'ilo o per un pneumotorace con concomitante lesione della pleura mediastinica. L'A. ne riferisce 4 casi occorsi nella clinica chirurgica di Vienna. In un primo si trattava di un giovane di 21 anni con ipertrofia tiroidea retrosternale con compressione delle vie aeree e turgore delle vene del collo coi segni clinici di un tumore mediastinico. Durante la resezione con astesia locale e taglio a collare durante la lussazione della parte retrosternale del gozzo videro formarsi delle vescicole di aria nel letto della tumefazione senza però lesione della pleura. Fatta l'emostasi accurata fu suturata in parte l'incisione operatoria lasciando dei drenaggi di garza. La respirazione che prima era sibilante divenne normale; la voce chiara.

L'indomani cominciarono difficoltà di respirazione ed aumento della frequenza del polso (150). Riaperta la ferita fu trovato un ematoma posto sulle vescicole d'aria del mediastino e fu praticata una tracheotomia inferiore senza alcun miglioramento. La dispnea si accentuò seguita da cianosi e da stasi delle vene del grande circolo, edema polmonare in modo che si pensò ad un ostacolo fra il cuore destro e il sinistro posto nel mediastino. L'infermo venne a morte la sera del giorno dopo l'operazione. Alla sezione fu trovato: enfisema del cellulare del collo e del tessuto connettivo anteriore e posteriore del mediastino con formazione di grosse e piccole vesciche di aria; cupole pleuriche d'ambo i lati intatte; iniziale pleurite fibrinosa sinistra. L'A. crede che l'enfisema deriva dall'introduzione diretta di aria nel mediastino durante l'atto operativo, ciò che ha potuto confermare nel coniglio facendo presso a poco l'operazione di strumectomia retrosternale con compressione della trachea. Un altro caso riguardava una donna con struma accompagnato da dispnea e cianosi.

Subito dopo la lussazione del gozzo retrosternale la malata migliorò scomparendo la cianosi e la dispnea. L'operatore che con le dita esplorò il luogo in cui si svolgeva il gozzo ebbe la sensazione che le dita fossero aspirate nella cavità. Dopo alcuni minuti dall'operazione la malata divenne nuovamente dispnoica, senza polso e morì. Alla sezione fu trovato enfisema mediastinico di alto grado con formazione di grosse vescicole estendentesi alla base del pericardio senza enfisema interstiziale. Esisteva anche una degenerazione cardiaca con insufficienza mitralica che avranno contribuito nella causa della morte insieme con l'enfisema mediastinico. Un altro caso riguardava un ragazzo di 15 anni con struma sottosternale e compressione della trachea. L'esame radioscopico notava una compressione della trachea con forma di orologio a polvere. All'operazione fatta in narcosi e taglio a collare fatta la lussazione del polo inferiore del gozzo si videro nella fossa formarsi delle vescicole d'aria. Completata l'operazione col solito metodo e lasciato un drenaggio la difficoltà del respiro non si modificò. Il giorno dopo si sviluppò enfisema della pelle del collo che per il petto si diffondeva fino all'epigastrio. Nei giorni seguenti il respiro migliorò e contemporaneamente l'enfisema scomparve. Un altro caso era stato osservato 2 anni prima in un ragazzo di 16 anni con gozzo comprimente la trachea dal 1° al 7° anello operato in etere narcosi con legatura delle arterie, resezione e drenaggio. Mezz'ora dopo l'atto operativo insorsero gravi segni di soffocazione che poi scomparvero e nel pomeriggio si manifestò forte enfisema della pelle del petto e del viso che si accentuò nel giorno seguente e che poi mano mano scomparve. A conferma della sua opinione che l'enfisema mediastinico si può formare per introduzione diretta dell'aria durante l'atto operativo riporta un caso di ferita al 2° spazio intercostale anteriore sinistro con lesione del polmone e del pericardio in cui durante l'intervento e dopo la sutura del polmone e del pericardio, vide formarsi delle vescicole nel tessuto del mediastino.

Come cura dell'enfisema mediastinico l'A. brevemente accenna all'apertura della ferita in modo da dare esito all'aria accumulata.

R. BRANCATI.

Cisti di echinococco del polmone; operazione in due tempi.

(PETIT d. VILLÈON. *La Presse Médicale*, n. 49, 1924, pag. 527).

L'A. illustrando i metodi di operazione delle cisti idatidee del polmone, riprova l'apertura larga del pulmone consecutiva ad una larga breccia toracica e pleurica, alla quale segue lo pneumotorace chirurgico. Non consiglia lo scoprimento del pulmone dopo sutura pulmonare isolando la pleura analogamente a quanto si pratica nell'apertura degli ascessi del fegato attraverso il seno costo-diaframmatico destro. Preferisce l'intervento in due tempi: 1° creazione di aderenze pleuriche; 2° (dopo 10 g.) attraverso le aderenze isolanti lo spazio pleurico, si scopre il polmone; asportazione della cisti e delle membrane e drenaggio.

Quando già esistono le aderenze pleuriche il chirurgo procede alla pneumotomia.

Per determinare le aderenze pleuriche è poco consigliabile la introduzione di strisce di garza

stipata tra i foglietti pleurici attraverso una piccola ferita, perchè espone con facilità a quel pneumotorace, che si voleva evitare; a volta poco utili e spesso infruttuose riescono le punture fatte con aghi fini di siringa di Luer; preferibile, secondo l'A., provocare dei fenomeni di irritazione e di infiammazione deponendo sul foglietto parietale e sulla ferita una compressa imbevuta sulla parte iniziale della tintura di iodio. Avendo così ottenuto delle aderenze pleuriche, dopo 8-10 giorni si passa al 2° tempo, nel quale è utile servirsi della guida radioscopica durante l'operazione.

Quando, per raggiungere la cisti, si debba ledere il tessuto pulmonare sano se vi ha emorragia notevole, è preferibile trattare questa con tamponamenti, sufficienti per 48 ore. Drenaggio della cavità cistica.

JURA.

Fattori causali e trattamento dell'empiema cronico.

(HEDBLON. *The Journal of the Am. Med. Assoc.*, vol. 81, n. 12).

Studia 310 casi di empiema cronico curati alla Mayo Clinic negli ultimi 5 anni. In 10 di essi la malattia durava da più di 10 anni. Li divide in 3 gruppi:

1) Empiemi latenti. Questo gruppo comprende 70 casi nei quali la storia clinica faceva pensare che la malattia risalisse a un periodo di tempo variabile fra 2 mesi e 5 anni. In 5 di essi il pus risultò sterile, negli altri conteneva pneumo-stafilo- e streptococchi. A causa del ritardo dello stabilire un drenaggio si aveva in questi pazienti un ispessimento notevole delle pleure, fissazione del polmone, apertura dell'empiema nei bronchi o all'esterno, sintomi generali da intossicazione, ecc. A questi fatti si deve il passaggio dell'empiema allo stato cronico. Il 28,3 % presentavano fistole bronco-pleuriche.

2) Empiemi drenati precocemente con ritardo nella guarigione. Comprende 150 casi nei quali il drenaggio era incompleto e inefficace per: *a*) chiusura parziale del tramite; *b*) posizione incongrua dell'apertura in modo che era possibile al disotto di essi un ristagno di pus.

3) Empiemi ricorrenti. Comprende 90 casi. In quasi tutti si deve pensare alla persistenza di una cavità infetta dopo la chiusura del drenaggio. In qualche caso però per il lungo periodo di tempo trascorso fra la guarigione dell'empiema primitivo e la recidiva bisogna pensare a una reinfezione. Grande importanza si deve attribuire in questi casi alla persistenza di germi nello spessore della pleura, che può contenere anche degli ascessolini; 33 di questi casi erano stati trattati con l'introduzione di paste al bismuto. Molti di essi avevano presentato sintomi di avvelenamento. Secondo l'A. l'azione delle paste si limita a favorire la chiusura del tramite di drenaggio.

Oltre alle suddette si devono prendere in considerazione come causa di cronicità dell'empiema: *a*) le fistole bronchiali. Queste si formano per lo più a causa di un cattivo drenaggio. Talora sono di un calibro così piccolo che facilmente vengono occluse dalla secrezione e da tessuti necrotici di modo che occorrono dei lavaggi con ipoclorito per metterle in evidenza. Esse infettano la cavità dell'empiema e con la proliferazione del loro epitelio la tappezzano di una parete epiteliale; *b*) la natura tubercolare di molti empiemi. Alla Mayo Clinic in questi ultimi anni con più accurati esami sono riusciti a stabilire con sicurezza che il 17,7 % degli empiemi cronici erano di natura tubercolare mentre prima nelle loro statistiche figuravano come tali solo il 6,9 %; *c*) corpi estranei. In 35 casi sono stati rinvenuti in fondo ai tramiti frammenti di pasta bismutata, di costole necrotiche e pezzi di tubo di drenaggio; *d*) il collasso polmonare quale si ha dopo un pneumotorace e la sclerosi polmonare. Questa più spesso conseguenza di una polmonite che di un collasso di un polmone. Si deve prendere in considerazione prima di eseguire una decorticazione perchè essa può compromettere l'esito dell'operazione.

I trattamenti eseguiti furono questi:

1) Aspirazione semplice del pus. Questo nei casi nei quali il pus si dimostrò sterile o si sospettò di natura tubercolare;

2) Drenaggio semplice. Specialmente nei casi di grosse fistole bronco-pleuriche;

3) Irrigazioni e lavande. Molto utili specialmente in casi di grosse cavità che possono così diminuire dal 50 al 95 % del loro volume;

4) Decorticazioni polmonari. Operazione di scelta in caso di grosse cavità non influenzate dalle irrigazioni;

5) Operazioni plastiche (Estlander). Danno buoni risultati in caso di cavità precedentemente sterilizzate. L'A. consiglia di unire l'escissione della pleura ispessita;

6) Operazioni extra-pleuriche utili nei pazienti non in condizioni da sopportare operazioni più grandi. Da completare in diverse sedute.

Riguardo alle fistole bronchiali consiglia di chiudere solo quelle di calibro notevole previa accurata escissione di tutto il tessuto sclero-fibroso che le circonda, le altre o hanno tendenza a guarire spontaneamente o vanno trattate con cauterizzazioni.

M. ASCOLI.

TECNICA MEDICA.

La fleboclisi continuativa a gocce.

(MATAS. *Annals of Surgery*, maggio 1924).

Questo metodo di fleboclisi consiste nell'iniettare entro le vene, goccia a goccia, soluzioni di vario tipo per un periodo di tempo, che può andare da 1 a 6 giorni, onde ristabilire l'equilibrio vascolare compromesso.

Viene eseguita, come complemento della comune fleboclisi, quando questa non ha conseguito l'effetto desiderato.

E' cosa invero ben nota che la iniezione endovenosa massiva non solo della cosidetta soluzione salina normale, e delle soluzioni glucosate, ma anche di soluzioni viscose (salino-gommosa di Bayliss, gelatina di Hogar) ha bene spesso un effetto benefico soltanto transitorio, in quanto il liquido iniettato è rapidamente diluito, e passa dai vasi nei tessuti.

Con la fleboclisi a gocce si tende ad ovviare per un lungo periodo di tempo alla deficenza della massa liquida circolatoria, ed a stimolare e nutrire il cuore, senza affaticarlo.

Essa è specialmente utile nella cura post-operatoria delle gravi lesioni addominali (peritonite, occlusione), sopratutto quando non sono utilizzabili altre vie di somministrazione dei liquidi (orale; rettale; ipodermica; gastro-duodenale con i tubi di Einhorn-Rehfuss-Jutte; colecisto-duodenale di Mac-Arthur-Matas). La rettoclisi può non essere ritenuta, o non essere assorbita, specie se v'ha ristagno nel territorio portale. L'ipodermoclisi non è efficace, quando vi sia stasi nei capillari. Così dicasi della somministrazione di liquidi per via gastro-duodenale, quando la peristalsi è arrestata o pervertita.

La trasfusione diretta, o di sangue citratato, utilissima, non è sempre possibile.

La fleboclisi a gocce può essere usata preventivamente; nei soggetti molto deboli, iniziandola durante l'atto operativo.

Si iniettano in medio da 40 a 60 gocce al 1°, ciò che corrisponde a 4500-5000 cc. nelle 24 ore. L'A. preferisce alla soluzione salina normale quella di glucosio al 5 %.

L'impiego del tubo duodenale (tubo di Jutte), nei malati in cui è indicata la fleboclisi a gocce, si è dimostrato di grande utilità.

Lo si introduce per una narice, e si può lasciare in situ per giorni intieri, senza incomodo per il malato. Esso serve di drenaggio, nei casi in cui il contenuto intestinale rigurgiti nello stomaco, impedendo così il ristagno dei liquidi, e la distensione da parte dei gas. Traverso di esso lo stomaco può essere lavato.

Per mezzo del tubo di Jutte si possono far passare liquidi freddi, nei casi d'ipertermia. Questo metodo di raffreddamento (data la vicinanza dello stomaco ai grossi vasi e al cuore) è assai superiore alla irrigazione rettale con acqua fredda, secondo Kemp.

Negli stati algidi, al contrario, lo stomaco, traverso il tubo di Jutte, può essere irrigato con acqua calda.

Questo stesso tubo può essere utilizzato per iniettare dei liquidi nutrienti direttamente nel digiuno subito dopo una gastro-enterostomia: basta perciò far passare il tubo nell'ansa efferente al momento della anastomosi gastro-enterica.

Per ciò che riguarda la tecnica della fleboclisi a gocce, essa differisce solo in alcuni particolari da quella della fleboclisi comune: si utilizza un recipiente di un litro, nel quale è contenuta la soluzione glucosata. Il tubo di gomma è interrotto da un bulbo di vetro (Murphy's « drip bulb ») che permette di contare il numero delle gocce nell'unità di tempo; e da un tubo di vetro (inserito a 15 cm. di distanza dall'ago da fleboclisi) che permette di osservare l'eventuale ristagno del liquido, o il rigurgito. Una pinza di Mohr permette di regolare la velocità di iniezione. L'ago e un tratto della cannula vengono fissati al braccio del malato con strisce di cerotto; anche il braccio del malato deve essere tenuto fisso.

Un termoforo elettrico (di Duchesnes) permette di mantenere il liquido nel recipiente ad una temperatura costante.

Per praticare questa fleboclisi occorre che il paziente sia assistito da una persona pratica.

Durante la fleboclisi insorge spesso brivido e temperatura elevata. La causa di questi fenomeni non è ben conosciuta.

Gli inconvenienti principali di questo metodo sono costituiti dalla possibilità di *embolie gassose* e di *trombosi*.

Si è però dato ad essi una importanza esagerata. E' facile evitare l'embolia gassosa; mentre la formazione di piccoli coaguli, sia nella vena che nell'ago-cannula, è assai frequente. L'A. non ha però mai osservato fatti embolici. Il regolare passaggio della soluzione traverso l'ago nella vena, e la direzione dell'ago parallela alla vena stessa, rendono assai più difficile la formazione di trombi.

La soluzione glucosata al 5 %, usata dall'A., oltre che un valore di sostituzione e di stimolazione, ne ha anche uno nutritivo notevole. Nelle proporzioni usate non ha mai provocato glicosuria.

Alla soluzione glucosata possono essere aggiunte alcune gocce di adrenalina al millesimo, iniettandola direttamente nel tubo di gomma, traverso cui passa la soluzione.

L'A. ha usato questo metodo in 26 casi (pazienti in condizioni gravi), ottenendone risultati soddisfacenti.

CHIASSERINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Nouveau Traité de Médecine. Pubblicato sotto la direzione di G.-H. ROGER, F. WIDAL e P.-J. TEISSIER. Vol. XIII, in 8° di 810 pag. con 119 fig. e 4 tavole a colori. Masson e C.ie ed., Parigi, 1924. Prezzo, fr. 50.

È questo il primo volume che, nel noto trattato, viene dedicato alle malattie dell'apparato digerente. Babonneix e Darré vi trattano la patologia della bocca (stomatiti, affezioni delle labbra e della lingua), e del faringe (angine, disturbi nervosi e circolatorii), Bensaude e Rivet quelle dell'esofago (ulceri, stenosi, dilatazioni, diverticoli, tumori, varici).

Il vasto argomento della patologia dello stomaco è svolto da P. Le Noir e E. Agasse-Lafont. Precede un buon capitolo di semeiologia, a cui seguono quelli riguardanti i tumori, le ulceri, le infezioni, i disturbi meccanici. Da ultimo, una vista d'insieme sui disturbi dispeptici, sulle affezioni gastriche, sulle associazioni morbose ed un capitolo sulle indicazioni pratiche di terapia gastrica.

A. POZZI.

WEISSENBACH R. I. *Les syndromes anémiques*. Vol. in-8°, pag. 376. G. Doin, Paris, 1924. Fr. 25.

Questo libro, scritto sopratutto per i pratici, è un compendio di diagnostica e terapia delle anemie.

È uno studio completo, benchè conciso, delle diverse forme cliniche delle anemie con le caratteristiche proprie alle differenti forme etiologiche. Le anemie dell'infanzia e dell'adolescenza, quelle per carenza alimentare, le anemie dovute a disturbi endocrini, le sifilitiche, le parassitarie tutte vi sono descritte con lo sviluppo che comporta la loro importanza nella pratica.

Vi sono messe a giorno ed esposte con chiarezza e precisione le indicazioni, le controindicazioni, i risultati dell'uso dei medicamenti più efficaci, antichi e recenti da apporsi alle anemie. I diversi metodi di trasfusione del sangue sono descritti con dettaglio e specialmente il procedimento dell'A., la trasfusione sottocutanea del sangue citratato. L'ematologia troverà in questo libro una sintesi delle nozioni ematologiche concernenti le anemie. Due capitoli interi sono dedicati per esporre le recenti acquisizioni sulle proprietà biologiche del siero e delle emazie negli stati anemici e l'importanza di queste proprietà nella genesi delle anemie, argomento sul quale l'A. ha eseguito importanti ricerche.

A. POZZI.

H. ZANGGER. *Vergiftungen*. Collana dei « Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung ». Fig. 15, pag. 226. Lipsia, Thieme 1924. Marchi oro 6 (circa L. 34).

Se importa evitare ogni errore nella diagnosi differenziale e più nella cura di malattie mediche e chirurgiche, tale necessità appare ancora più manifesta negli avvelenamenti, nei quali ogni istante di tempo perduto può veramente significare la morte di un organismo poco prima perfettamente sano. Tale perdita riesce più dolorosa che mai quando si tratti di avvelenamenti fortuiti e collettivi. Per questo più che perdersi nella diagnostica differenziale tra le singole specie di avvelenamento importa conoscere quali circostanze estranee possono ostacolare la precisa diagnosi di avvelenamento e come d'altra parte un'unica causa sia in grado di provocare quadri morbosi differenti ed infine — elemento capitale — bisogna possedere tutti quei metodi che — più numerosi e più efficaci di quelli passati — sono in grado di arrecare un aiuto terapeutico insperato.

Tali i principi informativi svolti dalla pubblicazione, la quale si basa principalmente sull'esperienza personale dell'autore.

E. M.

Entérites et colites. Leur cure hydro-minérale, pagine 85. L'Expansion scientifique française. Paris, 1923.

È un altro volumetto della serie di studi di propaganda a favore delle stazioni termominerali francesi: i capitoli sono scritti da Cade, Mazeran, F. Bernard, Baumann, Froussard, R. Glénard, Foucaud.

Nozioni cliniche semplici ed elementarmente chiare; consigli crenoterapici abbastanza sereni.

g. sabatini.

G. MANTOVANI. *I dolenti dello stomaco*, 1 vol. in-16 di pag. 240. Milano, 1924, dott. Riccardo Quintieri, editore. Prezzo L. 7.

Non siamo abituati in Italia ad uno stile così vivace e spigliato per la volgarizzazione di nozioni tecniche e, quindi, necessariamente un po' aride. Il lavoro del dott. Mantovani segna un indirizzo che dovrebbe essere largamente seguito, se si vuole compiere una propaganda igienica davvero efficace.

Il volume risponde al bisogno sentito da molte persone colte, di conoscere la natura dei disturbi gastro-intestinali e i mezzi per prevenirli e per emendarli. Esso va oltre il titolo; non si occupa solo dello stomaco, ma di tutto il sistema dige-

rente e dei connessi; prospetta anche le conseguenze dei disturbi gastro-intestinali su tutta la economia e in particolare sul sistema nervoso, sui reni e sul ricambio. Ha il gran pregio di non usurpare il compito del medico, ma anzi di agevolarlo e di prepararlo; si limita alle nozioni essenziali, facendo valere l'utilità del consiglio e dell'intervento dell'uomo dell'arte.

Il libro merita di essere segnalato e raccomandato. L. V.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta ordinaria del 12 dicembre 1924.

Aumento della recettività specifica per infezioni.

Prof. ZIRONI. — Sintetizza le conclusioni delle sue ricerche nelle proposizioni seguenti:

1) Le infezioni di germi morti o vivi, più frequentemente e con maggiore sicurezza se praticate a piccole dosi ripetute a brevi intervalli di tempo, più di raro se a dosi grandi e distanziate, modificano il potere di reazione dell'animale che le riceve nel senso di renderlo più atto, in molti casi, a subire di poi l'azione dannosa esercitata da una inoculazione degli stessi germi vivi.

Questa modificazione non si può senz'altro identificare con una preparazione anafilattica, per lo meno intesa nel senso che si suole attribuire a questa parola, perchè alla reinoculazione di prova non si manifesta con i fenomeni dello choc caratteristici nel più alto grado nella cavia, ma con una spiccata diminuzione della potenza di difesa contro l'azione patogena dei germi, per cui diventano virulenti per gli animali trattati delle specie microbiche o degli stipiti di una specie che non lo sono, o lo sono in grado limitatissimo.

2) La iperrecettività artificiale può essere trasmessa passivamente nell'animale nuovo della stessa o dell'altra specie, mediante la iniezione di siero di animale ipersensibile, o anche di un animale iperimmunizzato ed ipersensibile nello stesso tempo.

Essa è legata a modificazioni umorali in alcuni casi ma in altri a fenomeni cellulari in totalità o in prevalenza.

3) Durante alcune malattie, *e forse in un determinato stadio di tutte le infezioni*, prevalgono di gran lunga sui fatti di immunità, quelli di esagerata iperrecettività, per cui resta agevolata la diffusione del processo morboso nell'organismo.

4) La iperrecettività che si osserva nel corso di infezioni può essere generale o ristretta ad un solo organo, così che solo in esso o con grande prevalenza sugli altri, si propaga elettivamente il processo infettivo.

5) La tendenza a continue recidive di alcune infezioni è essenzialmente legata al prevalere della iperrecettività sulla difesa immunitaria.

6) La iperrecettività non è strettamente specifica, ma può estrinsecarsi su diverse specie di germi.

Le pleuriti essudative e le broncopolmoniti controlaterali complicanti la cura pneumotoracica.

Dott. CECCHINI. — Tali fenomeni morbosi, che pur rivestono, dal punto di vista clinico e pratico, una importanza non trascurabile, e che si prestano anche teoricamente a deduzioni notevoli nei rapporti della collassoterapia, sono stati poco studiati dagli AA.

Riferisce due casi personali che rientrano nell'ambito del problema che ci interessa e che crede contribuiscano a metterlo nella sua giusta luce.

I casi esposti e quelli riassunti dalla statistica, non molto numerosa, sembrano permettere le seguenti conclusioni:

1) Scarsa frequenza statistica di fenomeni acuti controlaterali.

2) Nonostante le gravi condizioni di aggravio del circolo e del respiro si ha sempre un buon compenso funzionale.

3) In generale il processo intercorrente non esercita azione riattivante su focolai polmonari preesistenti silenziosi.

4) Sono più frequenti le forme essudative che le broncopneumoniche.

5) Non sembra plausibile un rapporto patogenetico diretto fra Pnx o Idropnx e pleurite dell'altro lato.

6) Gli OO. riconoscono alle pleuriti essudative intercorrenti una natura tub.

7) La cura è quella sintomatica, compresa la toracentesi e il parziale svuotamento del Pnx.

8) Il decorso delle pleuriti complicanti un Pnx. è generalmente fausto. Fu sempre fatale nei casi di toracoplastica.

9) Appare gravissima la broncopneumonite: va notato che la statistica riguarda pochi casi di natura grippale. Il caso riferito ebbe esito buono.

Recupero funzionale della mano.

Dott. LAVERMICOCCA. — Richiama l'attenzione sul fatto, come talvolta, nelle lesioni degli organi del movimento, sia inutile insistere con la comune terapia fisica quando si siano determinate condizioni funzionali meccanicamente anormali nella parte traumatizzata. In questi casi, fatta la precisa diagnosi delle alterazioni, che stanno a base della funzione anomala, non resta che ricorrere ad interventi chirurgici od a sussidi ortopedici che sieno in grado di porre effettivo e definitivo riparo a quelle alterazioni e di ricondurre quindi alla norma anche la funzione.

Seduta ordinaria del 9 gennaio 1925.

Sulle allucinazioni sperimentali negli animali e sulla diagnosi di allucinazione nell'uomo.

Prof. CERLETTI. — L'O. descrive, innanzi tutto, la singolare sindrome, segnalata per primo da DEXLER, che si presenta nei gatti in seguito ad

una iniezione sottocutanea di morfina nella dose di 1 centigr. 1/2 per Kg. di peso dell'animale.

La possibilità di riprodurre sperimentalmente in modo preciso e costante questo quadro, che dà netta l'impressione di trovarsi di fronte ad animali in preda a vere e proprie allucinazioni visive, spinse l'O. a servirsene per tentar di saggiare questi fenomeni psicopatologici al fuoco della sperimentazione obbiettiva.

E poichè le teorie più moderne sul meccanismo delle allucinazioni (TAMBURINI-TANZI) poggiano sul presupposto necessario dell'intervento del centro sensoriale; l'O. si indusse a provare se la distruzione del centro sensoriale, d'ambo i lati, venisse ad annullare od a modificare la fenomenologia dei gatti morfinizzati. Orbene, tanto nei gatti operati di demolizione completa del lobo occipitale quanto in altri resi completamente ciechi dalla nascita ebbe, con l'iniezione di morfina, gli stessi fenomeni notati in quelli a centro sensoriale conservato.

Questa conclusione negativa ha indotto l'O. a studiare più minutamente quanto accade nella patologia umana e da un'accurata indagine su diversi malati è risultato che, assai più spesso che non si creda, laddove tutto farebbe supporre la esistenza di allucinazioni, in realtà, non esiste il fenomeno psico-sensoriale.

Il fenomeno allucinatorio, dunque, il cui ambito già era andato restringendosi dopo le sottili distinzioni introdotte dagli psicopatologi, deve evidentemente venir sottoposto a nuova revisione semiologica e subirà certamente un'ulteriore limitazione.

Sulla termoresistenza delle emolisine.

Prof. ZIRONI. — Contrariamente all' opinione corrente, nel siero di alcuni animali immunizzati contro i globuli rossi di montone, una parte, a volte asai considerevole, delle emolisine resta distrutta dal riscaldamento a 55° per mezz'ora. L'emolisine termolabili sono contenute nella frazione euglobulinica dei sieri; quelle termostabili in questa e nelle altre frazioni.

Non si nota una prevalenza di un gruppo di emolisine sull'altro nei diversi periodi della immunizzazione, nè si può dimostrare un rapporto della termoresistenza delle emolisine con la specie cui appartiene l'animale sieroproduttore.

Una sindrome demenziale grave dell'età infantile. (Regressione mentale infanto-giovanile con reperto di neurolisi lipoidea diffusa acuta in vivo).

Dott. CORBERI. — L'O. descrive il caso di una bambina che, dopo aver presentato fino a 4 anni di età uno sviluppo dell'intelligenza perfettamente normale, regredì nel corso di circa otto mesi in modo così grave da poter essere confusa con una idiota comune.

Clinicamente il caso può essere ascritto alla *Dementia infantilis* perchè ne ha i caratteri e non mostra altre lesioni notevoli all'infuori di quella psichica: ma gli esami istologici di sostanza nervosa ottenuta con due punture cerebrali in vivo (lobi frontali) eseguiti dal prof. CERLETTI hanno rivelato nella paziente l'esistenza delle tipiche alterazioni corticali finora attribuite alla *idiozia amaurotica*.

L'O. avanza l'ipotesi che il quadro istopatologico osservato e che si può definire una *neurolisi lipoidea diffusa acuta*, costituisca il substrato unico di due sindromi affini: esse potrebbero essere raggruppate provvisoriamente sotto la denominazione di *regressioni mentali infanto-giovanili*.

L'idiozia amaurotica con le sue varietà infantile e giovanile ed un certo numero di casi della dementia infantilis sarebbero manifestazioni di un processo morboso sostanzialmente identico, differenziantesi solo per caratteri accessori (localizzazione ed estensione).

L'O. lascia impregiudicata la questione della etiologia: non attribuisce importanza alla razza (ebraica) e sembra improbabile che vi abbia influenza la lues.

Ricorda infine un processo febbrile che la paziente sofferse e che sembra coincidere con i primi sintomi della decadenza mentale, ma in mancanza di dati più precisi ritiene opportuno attendere studi ulteriori. A. CERESOLI.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Adunanza del 27 febbraio 1925.

Presidenza: prof. D. BARDUZZI, presidente.

Sulla così detta « miotonia atrofica ».

Prof. S. D'ANTONA. — L'O. presenta un giovane di 26 anni, malato da circa 4, nel quale si nota una sindrome così costituita:

1° *Facies* miopatica, atrofie muscolari limitate al temporale, sterno-cleido-mastoideo, vasto esterno del tricipite brachiale, muscoli flessori dell'avambraccio in ispecie lungo supinatore; negli arti inferiori, atrofia del vasto interno del quadricipite femorale e, più lieve, del gruppo peroneale;

2° fenomeni miotonici, che attivamente si manifestano solo nei movimenti delle mani e della lingua, ma all'esame elettrico risultano diffusi a quasi tutta la muscolatura volontaria;

3° calvizie molto accentuata, opacità puntiformi e lineari del cristallino, ipoplasia della tiroide e dei testicoli.

Una sorella del paziente, morta a 22 anni di polmonite, soffriva di disturbi motori analoghi.

L'O., ricordati i casi simili esistenti nella letteratura, ritiene, in conformità dell'opinione che va oggi prevalendo, trattarsi di una forma morbosa a sè stante, alla quale la particolare localizzazione delle atrofie muscolari e le manifestazioni distrofiche a carico di derivati ectodermici e di alcuni organi glandulari conferiscono un'impronta caratteristica che la differenzia sia dalla malattia di Thomsen che dai varii tipi di distrofia muscolare. Con ogni verosimiglianza la malattia è patogeneticamente legata a un disordine dell'apparato neuro-glandulare, su base ereditaria. S.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 2 luglio 1924.
Presidenza: prof. PIERI, presidente.

Dott. A. PAGANI-CESA. — *I disturbi della nutrizione dell'infanzia.* — Conferenza non riassumibile per il resoconto.

Su due casi di osteomalacia.

Dott. C. PAGANI. — Riferisce le storie cliniche di due malate di osteomalacia, osservate a breve distanza l'una dall'altra.

Passa in rapida rassegna le teorie etiologiche, la sintomatologia e gli indirizzi terapeutici di questa forma morbosa meno rara di quanto si crede. Mette in speciale rilievo i buoni risultati ottenuti nelle due pazienti dal prof. Pieri con una prolungata cloronarcosi e presenta una delle due malate, che ha potuto a piedi recarsi dalla campagna lontana alla sede della Società, mentre prima della cura era impossibilitata a muoversi anche in casa.

In ambedue le malate fu prelevato all'inizio della narcosi un segmento di costola per poter eseguire le ricerche batteriologiche dirette all'isolamento del diplococco descritto come agente patogeno dell'osteomalacia (ARCANGELI); ma le culture eseguite nei più svariati terreni rimasero sterili.

Correzione delle gravi curve rachitiche delle gambe colla osteotomia segmentale.

Prof. PIERI. — Per la correzione delle curve rachitiche degli arti inferiori con massimo della deformità a livello delle gambe, l'O. ritiene che sia preferibile fra i molteplici processi ideati quello recentemente proposto da SPRINGER.

Nel punto dove la deviazione è più spiccata, si asporta sottoperiostalmente un segmento più o meno lungo di tibia, che viene quindi sezionato trasversalmente in tanti dischi (da 3 a 6) i quali si ricollocano nella guaina periostale; questa viene quindi accuratamente suturata, e così la pelle. Si procede alla osteoclasia del perone.

La gamba acquista così una flessibilità che permette di correggere completamente la deviazione. Si immobilizza con apparecchio gessato l'arto in posizione di correzione.

L'O. presenta un bambino di 4 anni, da lui operato otto mesi prima, con la tecnica descritta, ad ambedue le gambe, per grave varismo (gambe ad O). Il risultato estetico e funzionale è del tutto soddisfacente.

Su due casi di teratoma.

Dott. BROGLIO. — Illustra due casi di teratoma operati dal prof. PIERI.

Una ragazza di 12 anni accusava da un anno dolori nel quadrante superiore destro dell'addome, che, dapprima modici e fugaci, erano divenuti negli ultimi tempi più insistenti ed intensi. A destra dell'ombelico si palpava una tumefazione grande quanto un arancio, a superficie un po' ineguale, dura e indolente, che secondo i dati semeiologici doveva localizzarsi retroperitonealmente, il che contrastava con la sua grande mobilità.

L'operazione permise di asportare un tumore di aspetto cistico, che si estrinsecava nella retrocavità degli epiploon, sospeso con un peduncolo alla parete posteriore di questa. Il tumore è costituito da una parete sottile e da un contenuto fluido torbido nerastro; l'esame microscopico dimostra nella parete uno strato muscolare spesso, con fasci in varia direzione, e un rivestimento di epitelio cubico a un solo strato, con introflessioni a tipo di cripte ghiandolari con epitelio cilindrico.

L'altra malata era una ragazza di 18 anni, che da due mesi si era avveduta di una tumefazione addominale che crebbe rapidamente. Nell'ipogastrio si constatava un tumore grande quanto una testa di feto, a superficie ineguale, che sembrava presentare tutti i caratteri clinici di un cistoma ovarico.

L'operazione dimostrò trattarsi di un embrioma dell'ovaio sinistro. Al taglio esso presenta varie concamerazioni, alcune contenenti liquido sieroso, in altre il contenuto è simile per l'aspetto e la consistenza a cera vergine, in altre sostanza sebacea con abbondanti peli; al centro del tumore si osserva un segmento scheletrico rappresentato da un bacino (compreso l'osso sacro) perfettamente conformato.

Ambedue le malate uscirono dall'ospedale guarite dopo due settimane di degenza.

G. LOCATELLI.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 14 dicembre 1924.
Presidenza: Prof. A. TESTI.

Dimostrazione di materiale anatomo-patologico ottenuto colla chirurgia delle vie biliari.

SOLIERI S. (Forlì). — Presenta ed illustra una ricchissima ed interessante collezione di calcoli biliari e di cistifellee, soffermandosi su alcuni casi di grossi calcoli del coledoco che la radioscopia e la radiografia non seppero scoprire nè sul malato nè dopo l'estrazione.

Contributo alle medicazioni antimicrobiche.

MARCHINI F. (Forlì). — L'O. ha sperimentato clinicamente la medicazione antimicrobica a mezzo di vaccino stafilococcico (fornito dall'Istituto sieroterapico toscano diretto dal prof. SCLAVO) in casi di foruncoli aperti e comunica i primi risultati. Tale medicazione è basata sul concetto della immunità locale del BESREDKA. L'O. ha ottenuto vantaggi reali solo nei casi in cui esisteva soluzione di continuo della cute, mentre a cute integra i risultati non permettono ancora di formulare un giudizio favorevole.

La febbre cancerigna.

TESTI A. (Faenza). — L'O. si limita a parlare della febbre che apparisce all'inizio dello sviluppo del carcinoma o durante il suo decorso.

L'O. dopo avere accennato ai criteri diagnostici con febbre di altra natura, e ai mezzi diagnostici di tumore maligno, tocca dell'origine di questa febbre che chiama autoctona del cancro, e dice

che occorre ancora stabilirne, se possibile, il vero tipo con ulteriori indagini come per investigarne la cagione in qualche ancora ignota contingenza nello sviluppo del carcinoma.

Casi notevoli di tumori maligni trattati coi raggi X.

ABBATI P. (Rimini). — L'O. comunica i buoni risultati ottenuti dal trattamento radioterapico in numerosi casi di sarcomi e di epiteliomi, vari dei quali inoperabili.

UTILI V. (Faenza). — L'O., che da circa 20 anni fa della radio-terapia, cita fra i casi a lui occorsi degli epiteliomi guariti, altri recidivati dopo 5, 7, 10 anni.

PASINI U. (Alfonsine). — A proposito del valore che si deve attribuire all'azione curativa definitiva dei raggi X e del radio nella terapia dei tumori maligni in genere, osserva che, esclusi i tumori superficiali (della pelle), di cui è indiscutibile l'azione curativa definitiva della radioterapia e di cui del resto può ottenersi ugualmente la guarigione permanente con l'exeresi chirurgica (cauterio, escisione), altrettanto non può dirsi dei tumori sottocutanei o profondi (viscerali), mancando per lo più il riscontro istologico per la conferma del diagnostico ed essendo note d'altra parte le evoluzioni lente, sovente con vere soste di molti di questi tumori, come l'esperienza clinica ammaestra.

Apparecchi chiusi in processi osteo-articolari aperti e medicazioni antimicrobiche.

TEDESCHI C. (Gatteo). — L'O. trova vantaggioso il metodo SOLIERI perchè oltre ai noti effetti di immobilità, ottenuta scomparsa del dolore locale, isolamento dalle infezioni esterne, semplicità, ecc. influenza la parte malata determinando un eccitamento locale e permette formazione di anticorpi.

Considerazioni sopra casi di encefalite epidemica del tipo mioclonico.

CIVALLERI I. (Faenza). — Cita due osservazioni personali di ammalati di encefalite della varietà mioclonica, in cui la sindrome encefalitica ha iniziato con una forma di singhiozzo (mioclonia freno-glottica) che, per i primi tempi ha costituito il sintoma unico, dominante dell'affezione.

Morte apparente nel croup e reviviscenza con la respirazione artificiale, previa tracheotomia.

ARTUSI G. (Cesena). — L'O., illustrato il caso, deduce che la tracheotomia o l'intubazione siano da tentarsi anche se il bambino ha cessato da poco di respirare.

Le possibilità della reviviscenza sono, naturalmente, tanto più grandi quanto più presto si interviene e quanto più l'asfissia meccanica ha prevalso su quella tossica.

Cisti traumatica del pancreas.

GINNASI A. (Faenza). — Il caso operato risultò essere una raccolta di liquido pancreatico incistata nella retro-cavità degli epiploon e formatasi lentamente in circa 25 giorni di spazio dal trauma (pseudo-cisti per alcuni autori perchè non fornita di membrana epiteliale propria).

Conclude che la cura è sempre chirurgica. La fistola pancreatica che ne residua si chiude per lo più spontaneamente in un tempo più o meno lungo.

Sulla radioterapia dei tumori dell'ipofisi.

UTILI V. (Faenza). — I lavori del BERTOLOTTI in Italia, del LENK in Austria e la sua esperienza lo mettono in grado di asserire che nei tumori dell'ipofisi la radioterapia è il trattamento di elezione: essa costituisce l'unico procedimento razionale ed è quella che ha le maggiori probabilità di buon esito.

LUNEDEI A. (Gambettola). — L'O. si occupa dell'*utilità pratica dell'esame dermografico dell'ammalato.*

R. O. C. reazione farmacologica, dermografismo non ci indicano il tono del vago e del simpatico, bensì il grado di sensibilità o di eccitabilità che è dal tono assolutamente indipendente.

La quasi totalità delle nevrosi vegetative che ricorrono ad accessi ed attribuite al tono del vago e del simpatico non sono invece che disturbi della loro eccitabilità.

R. O. C. riflesso pupillare, ci possono dire quale essa sia nelle zone cardiaca e cefalica, ma l'eccitabilità vegetativa è diversa nelle varie zone del nostro organismo.

L'esame dermografico completo può dirci quale essa sia zona per zona e darci un quadro d'insieme della eccitabilità vegetativa dell'intero organismo.

Il riflesso dermografico è un riflesso di cui la semeiotica non ha ancora incominciato a valersi ma che è invece della più grande importanza scientifica e pratica.

La terapia mista nell'infezione tetanica.

SILVESTRINI V. (Faenza). — Riferisce su 9 casi di tetano curati in quest'ultimo anno nell'Ospedale di Faenza mediante il metodo misto cioè associando al siero antitetanico il fenolo.

Su 9 casi: 8 sono guariti ed uno solo morì dopo appena 36 ore di degenza all'ospedale.

Conclude esprimendo l'ipotesi che in questo caso, dati i buoni risultati avuti dall'associazione del fenolo con l'antitossina tetanica, più che una semplice associazione di farmaci, si tratti di un vero e proprio sinergismo terapeutico.

PASINI U. (Alfonsine). — Ricorda gli eccellenti risultati ottenuti coll'impiego esclusivo del siero curativo Tizzoni. Cinque casi dell'O. recentemente curati ed altri otto in collaborazione, durante il periodo bellico, col prof. STEFANELLI, furono portati a guarigione, non ricorrendo ad altro sussidio che alla sieroterapia esclusiva.

CELOTTI F. (Faenza). — *Cisti solitaria del rene.*

Il Segretario: Dott. PAOLO GALLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le moderne vedute sulla gastroptosi.

La questione della gastroptosi costituisce un problema di attualità, poichè gli AA. non ancora si sono accordati circa il suo vero significato.

Vi sono AA. i quali ancora giudicano della ptosi dello stomaco dal livello cui in riferimento allo scheletro o ad altri punti di repere (cicatrice ombelicale) giunge il suo polo caudale.

Altri oltre il polo caudale riguardano più giustamente come indice anche la piccola curvatura, il piloro essendo o no in sede. Altri infine danno valore alla caduta del piloro (le ptosi vere con caduta anche del polo cefalico sono assai rare) per giudicare di una gastroptosi.

Viviani (*La Clinica Medica Italiana*, n. 3, 1925) non crede esatto giudicare della ptosi dello stomaco soltanto dal livello del suo polo caudale, anzitutto perchè la costituzione individuale entra in gran parte a stabilire l'adattamento del viscere entro la cavità addominale, in secondo luogo perchè in tal maniera si viene a comprendere nel concetto di ptosi anche le ectasie gastriche che possono magari dipendere da una stenosi pilorica. Il concetto costituzionale vale anche quando si debba giudicare dalla sede delle due curvature.

Soltanto quando le due curvature siano sotto un livello medio considerato in rapporto ad un dato tipo costituzionale si potrà affermare che esse sono abbassate.

Ma poichè ptosi richiama un concetto di dislocazione di un viscere senza la necessaria conseguenza di alterazioni del viscere stesso, e poichè, dietro a considerazioni patogenetiche la causa dell'abbassamento delle due curvature, quando il piloro sia in sede deve attribuirsi al tono dello stomaco, l'A. crede opportuno in simili casi parlare più che di gastroptosi, di allungamenti atonici.

Poichè d'altra parte la piloroptosi è condizione esatta al verificarsi dell'abbassamento gastrico anche senza l'intervento di una alterazione da parte dello stomaco stesso, dipendente da fattori funzionali ed organici, l'A. crede che soltanto quando il piloro sia in basso dislocato per allungamento del legamento epato-duodenale, possa parlarsi di gastroptosi.

In questo modo il concetto comprensivo di gastroptosi viene ad essere ristretto entro i suoi limiti veri.

Accenna ad alcuni problemi che nello studio patogenetico delle ptosi dello stomaco si presentano ancora insoluti e si ripromette di dare ad essi un contributo sperimentale. Questi problemi riguardano in special modo la sede, la forma, la funzionalità del viscere in riguardo alla costituzione.

Dopo queste considerazioni di indole patogenetica l'A. passa a trattare della etiologia e dei sintomi della entità morbosa.

Tratta la terapia ampiamente dal lato medico, solo limitandosi alle indicazioni dei casi che possono trarre giovamento da una cura chirurgica.

A. POZZI.

Sindromi gastralgiche di origine appendicolare.

Man mano si estende la nozione dell'appendicite cronica, si vengono descrivendo delle nuove forme cliniche. Fra queste, le manifestazioni gastriche sono al primo piano e sono causa frequente di errori diagnostici. Arbeit (*Thèse de Paris* e *Paris médical* 6 settembre 1924) fa uno studio generale delle manifestazioni gastriche dell'appendicite cronica, per cui si chiarisce la questione rimasta finora oscura. Esiste una forma di appendicite cronica che si manifesta con una sindrome gastrica (dispepsia iperstenica o atonica) accompagnata da sintomi iliaci più o meno oscuri. Tale sindrome guarisce, od è di molto migliorata con l'appendicectomia. Però in individui, operati per appendicectomia, che prima non avevano disturbi gastrici, si può veder comparire una sindrome gastrica. Questo fatto si deve attribuire, il più spesso, a periviscerite, ad epiploite ascendente, od anche ad ulcera od a colecistite, che continuano la loro evoluzione anche dopo l'appendicectomia. Altri casi rimangono inesplicabili, poichè la dispepsia appendicolare rimane anche dopo l'asportazione di un'appendicite nettamente malata; si deve quindi pensare alla possibilità di comparsa tardiva di un'affezione organica, come l'ulcera o la colecistite.

fil.

Si debbono operare le appendiciti croniche?

Ch. Flandin (*La Presse médicale*, 24 dic. 1924), osservando che il problema terapeutico dell'appendicite non è ancora risolto, fa rilevare la necessità di definire bene il concetto di appendicite cronica. Ora, la distinzione netta fra la forma acuta, grave e quella cronica, distinzione che si trova negli schemi teorici, non esiste di solito in pratica. La grande crisi di appendicite è relativamente rara; si osserva abitualmente la crisi benigna, *raffreddata* da qualche giorno di letto, di ghiaccio e di dieta. Ad un grado minore, si

ha una semplice reazione appendicolare, in seguito ad un pasto indigesto, ad una fatica, nel decorso di una convalescenza per angina o per influenza. Esistono dunque tutte le forme di transizione, sicchè la distinzione netta dei trattatisti non esiste. Anche la forma acuta, del resto, può terminare con una guarigione apparente, passando allo stato cronico. In tale condizione, l'appendice può rimanere clinicamente silenziosa, provocando sordamente delle lesioni di tiflite, di tiflocolite, di enterite, che si manifestano con disturbi locali e generali. Poco a poco, si stabilisce uno stato morboso più o meno doloroso a sintomatologia prevalentemente tiflocolitica. Il malato, migliorato temporaneamente dal regime, dalle cure idrominerali, passa la sua vita in un equilibrio instabile, fino a che un giorno, il reperto di un punto di MacBurney doloroso lo porta sul tavolo operatorio. Il chirurgo asporta una vecchia appendice a lume ristretto, lardacea, magari otturata. Il malato è momentaneamente migliorato, ma può accadere che le sue sofferenze si rinnovino, sicchè si accusa il chirurgo di aver fatto un'operazione inutile.

Questa obiezione però non è esatta. Anzitutto non è indifferente l'aver asportato il focolaio primitivo. Allo stesso modo, l'asportazione del tessuto adenoideo o di vecchie tonsille sclerosate può non guarire le lesioni che ne sono state la conseguenza, ma è pure utile, perchè leva un focolaio di infezione. Anche per l'appendice ciò è ancor più utile nell'età giovanile, poichè le sue lesioni si riflettono sullo sviluppo.

È ovvio che l'asportazione dell'appendice non sopprimerà le lesioni secondarie di tiflocolite, di enterite, nè la sindrome pancreatica o biliare che ne può conseguire. Essa però ha un'influenza benefica e, nell'85 % dei casi è seguita da un importante miglioramento. Le lesioni secondarie potranno poi essere curate sia medicalmente (regime, vaccini, cure idrominerali) sia chirurgicamente (entero-sigmoidostomia, colectomia). Si deve dunque tener presente che un'appendice silenziosa espone ai pericoli di una crisi acuta ed inoltre essa costituisce un focolaio permanente di infezione, capace di provocare lesioni di tiflocolite, di periviscerite, di ledere il fegato, il pancreas, i reni, le ghiandole endocrine, di provocare disturbi cutanei, polmonari e nervosi. La clinica e la radiologia forniscono i mezzi per una diagnosi sicura a cui deve quindi seguire il necessario intervento. *fil.*

Contributo alla diagnosi e cura dell'ascaridiasi.

La diagnosi dell'ascaridiasi, osserva E. Goldschmidt (*Münchner mediz. Wochenschr.*, n. 2, 1925), è facile quando si riscontrano nelle feci delle uova tipiche. Molte volte però queste mancano e si trovano soltanto numerose uova piccole di forma irregolare. Il guscio è sottile, è difettoso in alcuni punti, manca del tutto o quasi lo strato ondulato bruno.

L'aspetto delle uova è raggrinzito. Si tratta probabilmente di uova non fecondate e attaccate dai succhi digestivi; mentre le uova fecondate resisterebbero all'azione digerente. Possono anche mancare del tutto le uova nelle feci, nei casi in cui l'intestino contiene soltanto degli ascaridi maschili, oppure delle femmine non mature. Per la cura dell'ascaridiasi si possono usare rimedi di quattro gruppi differenti. Il primo gruppo consiste in combinazioni aromatiche, benzoli (naftalina, benzonaftolo, santonina, ecc.) e fenoli (timolo, botulan, ecc.). Il secondo gruppo comprende l'olio di chenopodio puro o in emulsione. Il terzo gruppo comprende i preparati di acetato di alluminio, il quarto gruppo il helminal, un estratto di alghe marine. Preparati del primo e secondo gruppo agiscono in egual modo sui parassiti, più intensamente alcuni, meno intensamente altri. Piccole dosi eccitano, dosi medie paralizzano, dosi forti uccidono gli elminti. Le dosi terapeutiche sono quelle medie paralizzanti, perchè le dosi mortali per i parassiti possono danneggiare anche l'organismo dell'ospite, perciò è necessaria la somministrazione di un purgante allo scopo di eliminare dall'intestino gli elminti narcotizzati; abitando gli ascaridi prevalentemente nel tenue i purganti preferibili sono l'olio di ricino e il calomelano. Si ordina la santonina a dosi di centigrammi, la naftalina a dosi di decigrammi, il timolo e il benzonaftolo alla dose di grammi. Il migliore rimedio antielmintico è l'olio di chenopodio per la cura dell'ascaridiasi. Il rimedio va dato in tre dosi somministrate nel corso di 4 ore; alla dose di 6 gocce alla volta in capsule di gelodurat (dose per bambini), due ore dopo la somministrazione dell'ultima dose si somministrano due cucchiai di olio di ricino. Il purgante deve venir somministrato in dose forte, perchè l'olio di chenopodio inibisce anche la peristalsi intestinale.

POLL.

Un efficace metodo di trattamento dell'ossiuriasi.

È nota la grande resistenza degli ossiuri ai vari trattamenti consigliati, dovuta alle particolarità biologiche delle uova e del ciclo vitale del verme, alle facili reinfezioni da grattamento, alla difficoltà di aggredire le uova annidate profondamente nella parete intestinale e protette dalle mucosità. Nessuno degli abituali rimedi usati può ritenersi sicuro, poichè quasi sempre si osserva-

no le recidive. Recentemente sono stati messi in commercio numerosi preparati, fra cui hanno incontrato maggior favore quelli a base di derivati del fenolo, o di composti di allume, di acido benzoico, di bismuto ad alte dosi. Anche per tali preparati, però, l'azione efficace non può ottenersi che con un trattamento molto prolungato e diligente.

T. Luzzatti (*La pediatria*, 1924, fasc. 16°) riferisce che l'unico rimedio che gli ha sempre corrisposto è stato il cloroformio, già preconizzato da G. Alessandrini, per la cura dell'anchilostoma e della tenia. L'A. usa il cloroformio purissimo per anestesia, nella dose di g. 2, sciolto in olio di ricino, di qualità ottima, in quantità variabile secondo l'età.

Questa dose va ripetuta per tre volte al mese. Il cloroformio in olio di ricino viene preso assai volentieri dai bambini, tanto più che la miscela acquista un gradito sapore di liquore. Non si è mai osservato nessun fenomeno tossico; in tutti i casi, così trattati, si è ottenuta la scomparsa definitiva del verme. La ripetizione della dose è necessaria per agire sulle nuove generazioni del parassita. Il rimedio sarebbe anche efficace contro le lamblie, ma non contro gli ascaridi. *fil.*

Azione dello stovarsol sul parassitismo intestinale.

Dalle esperienze di E. Marchoux (*Paris médical*, 22 novembre 1924) risulta che lo stovarsol guarisce la dissenteria amebica, guarisce altresì alcune forme di lambliasi e le migliora tutte; distrugge le *Blastocystis*. Esso inoltre interrompe le indigestioni, poichè l'arsenico, sotto tale forma, attiva l'azione delle diastasi digestive e rende imputrescibili i residui non attaccati. Esso guarisce le diarree, le neuralgie tossiche (lombaggine, sciatica, neuralgie intercostali) e migliora le gengiviti espulsive.

Chimicamente lo stovarsol è l'acido ossi-acetilamino-fenil-arsinico. *fil.*

La ragade anale.

Caratteristici di questa malattia, sono i dolori, che sono ridotti ad un semplice senso di bruciatura al momento della defecazione, ma che aumentano poi, diventando di carattere lancinante e persistono per parecchie ore. La diagnosi si fa constatando, *de visu*, la presenza della ragade. Ciò non è sempre facile, perchè lo spiegamento dell'ano è in tali casi assai doloroso e provoca una contrazione spasmodica dello sfintere che impedisce di continuare l'esame.

È quindi essenziale localizzare dapprima la sede della ragade, ciò che può farsi agevolmente, secondo Hartmann (*Journal des praticiens*, 20 dicembre 1924), approfittando del fatto che la ragade è dolorosa alla pressione. Si applica quindi il dito man mano su tutto il contorno dell'ano e, trovato così il punto doloroso, si farà lo spiegamento solo in questo.

Per la cura si ricorrerà alla dilatazione dell'ano. Si fa l'anestesia al cloruro di etile e poi si introducono due dita, spalmate di vaselina, nell'ano e si divaricano dolcemente ma progressivamente fino a che si ha la sensazione netta che lo sfintere ha ceduto e le fibre sono state stirate. Si applica poi per una giornata una compressa imbevuta di acqua bollita, calda. *fil.*

Il trattamento del prurito anale.

Questa affezione, che si riscontra di preferenza nei maschi di età media o vecchi, è talvolta tanto intensa da provocare perdita di sonno od una condizione di nervosità talmente seria da rendere la vita quasi intollerabile. Il prurito porta al grattamento con conseguente sviluppo di dermatite che si estende in vicinanza della regione anale. È di solito associata con disturbi digestivi e si osserva principalmente in individui di abitudini sedentarie.

Nel trattamento, si correggeranno dapprima i disturbi digestivi, mediante una dieta razionale, da cui si escluderanno i cibi e le bevande dolci. W. E. Deeks (*United Fruit Company*, rapporto per il 1923), consiglia di dare 15 gocce di acido nitrico diluito con 3 cmc. di pepsina glicerinata, da prendersi in un grosso bicchier d'acqua prima dei pasti. (L'acido nitrico diluito è fatto con 151 grammi di acido puro, portati a 1000 cmc. con acqua distillata).

Come cura locale, l'A. ha trovato grande giovamento nell'applicazione di una pomata composta con acido salicilico g. 4, sottonitrato di bismuto g. 10, salicilato di mercurio g. 4, olio di eucalipto g. 10, lanolina e vaselina q. b. per fare g. 100. Gli ingredienti vanno mescolati accuratamente e la pomata va spalmata vigorosamente sulla parte ogni sera. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Tinture per capelli. — All'abb. n. 3912-1:

Le tinture in nero, per capelli, sono infinite. Le più in uso e le meno nocive sono quelle a base di acido pirogallico e nitrato di argento.

Si può ottenere l'effetto desiderato anche nel seguente modo: lavare anzi tutto i capelli con una soluzione di carbonato di potassio 10 % e poi frizionare con:

Succo di corteccie di noci verdi spremute gr. 10
Alcool a 60° . . . . » 90

Far macerare per dieci giorni e filtrare. (Vedi NICOLAS e JAMBON. *Hygiène de la peau et du cuir chevelu.* Baillière et fils, editori, Parigi).

V. MONTESANO.

Al dott. G. B. da V.:

L'« Ars Medica » è un'associazione di medici italiani residenti nel Brasile; ha lo scopo di promuovere lo studio della medicina. Mentre costituisce un'affermazione d'italianità, allaccia relazioni intellettuali con la madre patria.

Lo statuto è pubblicato nel « Policlinico », Sez. Prat., fasc. 29 del 1923, pag. 955.

La sede è: Alamadeo Rio Claro, S. Paulo.

Pubblica un periodico.

Si è fatta iniziatrice di un movimento pro studio del cancro in Italia, raccogliendo un primo fondo di circa L. 250,000.

L'« Anonima Libraria Italiana » ha fondato una libreria italiana « Leonardo da Vinci » a S. Paulo (Largo do Omidor, n. 5-A), con succursale a Rio de Janeiro.

L. P.

VARIA.

Spiritismo medico.

Da alcuni mesi appassiona vivamente l'opinione pubblica brasiliana, la stampa e anche un poco l'ambiente medico, il caso straordinario, o che per lo meno tale sembra, di un individuo chiamato Mozart Texeira, o semplicemente prof. Mozart, professore in scienze occulte, il quale in vari stati del Brasile ha compiuto e va compiendo un numero incredibile di guarigioni, più o meno documentate, col sussidio, dice lui, dello spiritismo, che gli permette, medianicamente, di agire sui malanni non importa di qual gravità, che travagliano la povera umanità. E gli spiriti, per ordine del prof. Mozart, funzionano come veri commessi viaggiatori, poichè si spostano da un capo all'altro del Brasile per visitare e curare i malati più gravi.

Non so se in Italia lo spiritismo abbia il potere di guarire tutti i mali. Certo è che in Brasile il *medium* il più ignorante e grossolano, può averla vinta in confronto di qualunque illustrazione medica nazionale o straniera. Succede perciò spesso che il medico curante, dopo aver adoperato tutti i mezzi che la scienza gli fornisce per guarire un malato, se le cose non vanno a piacimento della famiglia si vede licenziato, più o meno delicatamente, perchè la famiglia o lo stesso malato, hanno sollecitato l'intervento del medico, tal dei tali... dell'altro mondo.

Vi prego di non ridere... Dico cose che sono accadute a me stesso e che mi fecero passare dei quarti d'ora non certo lieti. Vi racconterò in poche parole: alcuni anni or sono, ero da poco tempo arrivato in questa città, quando fui chiamato per assistere una giovane, appartenente a una delle più distinte famiglie del luogo. La malattia durava da una ventina di giorni e un collega brasiliano era stato fino allora il medico curante. La ragazza presentava tutti i sintomi manifesti di una meningite, e l'esame del liquido rachidiano da me fatto, completò la diagnosi di natura: trattavasi di una meningite tubercolare. Come è naturale il decorso del male fu rapidissimo. Due o tre giorni prima che la malata morisse, il padre, considerando che io avevo perduto ogni speranza di guarigione, mi chiese il permesso di far trattare la figlia con lo... spiritismo!

E il *medium* entrò in scena. Una seduta spiritica fatta solennemente in Laguna e un'altra nella capitale dello Stato, in Florianopolis, diedero la mia diagnosi e naturalmente anche la prognosi, come sbagliate, e il medico dell'al di là promise che la guarigione sarebbe in poco tempo avvenuta. Quattro giorni dopo alle sette della sera la ragazza morì. Il mattino dopo, potevano essere le nove, ricevetti un biglietto dal padre della defunta nei seguenti termini:

« Ondina (così chiamavasi la figlia), d'accordo annunzio previo dato dal prof. Nabuco (il medico dell'altro mondo che l'aveva in cura) è entrata in letargo (sic) ieri sera alle sette. Giusto avviso dello stesso prof. Nabuco, ella deve uscire dal letargo stasera alle sette, completamente guarita. Vuole vederla? ».

Risi della credulità del povero padre, e mi affrettai a visitare il cadavere della giovinetta. L'ambiente familiare era sovraccarico di un'atmosfera di allegria... La madre, le sorelle della morta, gli amici, i parenti, completamente tranquilli; dai loro volti traspariva un'aria di soddisfazione, quasi di felicità. Entrai nella camera della povera morta. Stava ancora vestita nel suo letto, come se dormisse. La camera era completamente chiusa. La sorella spiegò che aveva chiuso le finestre perchè spirava un freddo vento dal sud che avrebbe potuto far male alla malata. Esaminai il cadavere, il quale non poteva essere più cadavere di così. Lo dissi al genitore e gli raccomandai che provvedessero per la sepoltura immediata. Un riso d'incredulità come di compatimento si diffuse sul volto dei familiari i quali risposero che avrebbero aspettato fino alle sette, ora nella quale doveva effettuarsi il miracolo.

Vennero le sette... La strada in basso era già piena di curiosi perchè il messaggio dell'al di là aveva anche avvisato che la malata, appena uscita dal letargo, si sarebbe affacciata alla finestra, per salutare il pubblico. Suonarono le sette, le otto, le nove. Il pubblico impazientito, cominciò a mormorare, e fu necessario l'intervento della

polizia per sciogliere i vari capannelli di commentatori. Il *medium*, visto che la sua straordinaria esperienza era fallita, reputò prudente svignarsela e la povera ragazza fu seppellita l'indomani mattina, clandestinamente, tra i commenti del pubblico.

Ma torniamo a Mozart. Costui è un *medium* eccezionale. Cominciò la sua attività spiritica nello Stato di Minas Geraes, poi si recò nello Stato di Rio de Janeiro, quindi nella stessa capitale della federazione, in Rio de Janeiro, inseguito dovunque da centinaia di malati provenienti da tutte le parti del Brasile. I mali più gravi, contro i quali furono inutili i medicamenti dei medici più illustri, sono debellati dal Mozart, *illico et immediate*. Si tratta di un paralitico che da molti anni ha perseguito, fantasma irraggiungibile, la salute? Il prof. Mozart lo accoglie con la sua faccia larga e allegra, lo fulmina con i suoi occhi grandi e profondi, e gli domanda se ha fede fortissima nello spiritismo e nella potenza divina. Quindi con alcune parole incomprensibili e con dei toccamenti sulla persona del paralitico, gli ordina imperiosamente di muoversi e di camminare. E il miracolo è fatto. Leggo oggi su di un giornale, un caso di tabe dorsale che resistette a tutte le cure dei medici più famosi del Brasile, e che fu guarito in pochi minuti dal prof. Mozart. Si legge quindi la testimonianza dello stesso malato, che sente il dovere di rendere noto al pubblico il fatto straordinario. Per fortuna, *in cauda venenum*, egli termina il ringraziamento, dicendo che è guarito, quantunque abbia ancora *le gambe tremolanti e l'andatura incerta*, cosa che egli attribuisce al lungo periodo di inattività.

Leggo in un altro giornale il caso di una signora colpita da un attacco gravissimo di uremia. Dice il giornale: la signora tal dei tali, era stata durante il giorno curata con molta energia da due valenti medici del luogo, i quali le avevano praticato più di un salasso e applicato medicine diverse e attivissime. Lo stato della malata continuava allarmante. Cosa fare? Qualcuno consigliò che si telegrafasse al prof. Mozart. Per chiamarlo? Niente affatto. Nel telegramma si dava solo il nome, il cognome, l'età, la via e il numero della casa dove abitava la malata. Da lì a qualche ora giunge un telegramma di risposta. Niente paura! A mezzanotte starei sul posto. La malata aspetti con fede una *visita astrale*. Infatti più o meno all'ora fissata, qualcuno che stava nella camera della malata, potè vedere come un chiarore inconsueto farsi improvviso e una figura circonfusa di luce approssimarsi alla malata e toccarla lievemente e ripetutamente. Quindi la visione sparì.

Un'ora dopo la malata aprì gli occhi e domandò da bere. Era guarita.

Sarebbe troppo lungo fare l'elenco dei casi riportati dai giornali. La polizia di Rio de Janeiro, non è stata però della stessa opinione e un bel giorno, anzi un triste giorno, fece arrestare il grande taumaturgo, tra le proteste violentissime del pubblico che minacciò una vera e propria sommossa. Poi, avendo il Mozart pagato la cauzione voluta dalla legge, fu rimesso in libertà. Inseguito quindi dai malati e dalla polizia l'abile ciarlatano si rifugiò nello Stato di Minas e poi in quello di Rio de Janeiro, il cui presidente pubblicò un editto col quale si permetteva al Mozart di esercitare il suo nobile ministero.

Il popolo crede e giura che il *medium* è un messia inviato da Dio per guarire l'umanità da tutti i suoi mali. E povere persone che con grandi stenti riescono a sbarcare il lunario, lasciano la propria casa, affrontando viaggi lunghi, penosi e costosissimi, mostrando alla curiosità dei più i propri dolori, per andare in cerca del prof. Mozart dal quale attendono, con fede indiscussa, la restituzione della salute perduta. I più ritornano a casa come erano partiti. Nei primi giorni sotto il potere suggestionante del farfallone, sembra veramente loro di sentire qualche miglioramento e si affrettano a renderlo noto. Quando poi cessa l'azione suggestiva non ne parlano più e tutto torna come prima. Ma intanto il caso, esagerato e pieno di particolari mirabolanti, è diffuso, e altri moltissimi partono per la nuova Mecca, per ricevere un linimento ai propri dolori.

E non è soltanto il popolo. Ingegneri, avvocati, commercianti, uomini politici, giornalisti e anche... medici, credono e giurano sulla veridicità dei miracoli compiuti dal ciarlatano, e si raggruppano per proteggerlo e garantirlo dagli assalti della minoranza che reclama l'intervento della legge per por fine allo sconcio che disonora effettivamente un paese civile come il Brasile.

Ultime notizie venute da Queluz, una cittadina dello Stato di Minas, dove negli ultimi tempi il Mozart aveva fissato le sue tende, dicono che il nuovo messia è stato nuovamente arrestato. Il processo iniziato contro di lui ha messo in evidenza dei trucchi ingegnosissimi per presentare al pubblico attonito le sue cure miracolose. Tra l'altro un albergatore depose che aveva una combinazione col Mozart, con la quale, egli albergatore, si impegnava a pagare la metà dei suoi introiti al Mozart, per tutti i malati ai quali egli dava ospitalità. Il prof. Mozart sta adesso in prigione e pensa amaramente alla ingratitudine degli uomini. *Sic transit...*

Dott. AURELIO ROTOLO.

Laguna (Brasile), febbraio 1925.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXX. — Ordine delle preferenze nei concorsi.

Legittimamente in un concorso a impieghi di enti locali è data la preferenza: 1) agli invalidi di guerra; 2) agli orfani di guerra; 3) ai decorati con medaglie; 4) a coloro che per maggior tempo abbiano prestato servizio militare come combattente in zona di guerra, in confronto di coloro che abbiano prestato per maggior tempo servizio presso pubbliche amministrazioni, ai sensi dell'art. 3 del R. D. 18 settembre 1919, n. 1825, quand'anche nel bando di concorso la preferenza sia stata espressamente attribuita soltanto a chi abbia prestato servizio per maggior tempo in pubbliche amministrazioni.

Risoluzione correttissima, risultante dalla decisione 13 dicembre 1924, n. 1077, della IV Sezione del Consiglio di Stato.

XXXI. — Provvedimenti definitivi nel corso del procedimento per concorsi pubblici.

È norma concordemente ammessa che le risoluzioni della Commissione giudicatrice del concorso, comprese quelle concernenti la esclusione di concorrenti, e in genere tutti gli atti preliminari e preparatori della nomina, non hanno carattere definitivo, non possono cioè essere denunziati direttamente per illegittimità, prima della nomina deliberata dall'organo competente.

Il ricorso è invece proponibile, in sede giurisdizionale, contro il provvedimento definitivo di nomina, il quale può essere denunziato anche per illegittimità degli atti preliminari e delle risoluzioni della Commissione.

Questa regola non è, però, senza eccezioni, perchè alcuni atti emanati dall'organo al quale appartiene di provvedere al concorso sono considerati definitivi. Così, per es., la IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 28 novembre 1924, n. 871, ha ritenuto che la declaratoria dell'autorità amministrativa di mantenere in ufficio la Commissione esaminatrice dopo l'annullamento degli atti di un concorso, al fine di riprendere dallo inizio gli atti stessi, ha carattere di provvedimento definitivo. Sicchè contro di essa è proponibile ricorso al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale.

XXXII. — Decorrenza dei termini per ricorrere.

A norma degli articoli 1 e 2 del regolamento di procedura 17 agosto 1907, n. 642, il *dies a quo* per la decorrenza del termine per la presentazione del ricorso al Consiglio di Stato in s. g. è costituito ordinariamente dalla notifica del provvedimento all'interessato e, quando non vi sieno direttamente interessati, dalla pubblicazione del provvedimento per estratto nella *Gazzetta Ufficiale* o nel *Foglio degli annunzi legali della Provincia.*

Non vale a stabilire la decorrenza del termine (nei riguardi di un ricorrente vincitore di concorso) *la pubblicazione, nell'albo pretorio, di una deliberazione del Consiglio comunale che bandisce un nuovo concorso.* (Consiglio di Stato, Sezione IV, decisione 13 dicembre 1924, n. 1085).

Identica regola vale per i ricorsi alla Giunta Provinciale Amministrativa in sede giurisdizionale.

Quel che importa rilevare è la inefficacia della pubblicazione della deliberazione nell'albo pretorio agli effetti della decorrenza dei termini in sede giurisdizionale o, aggiungiamo noi, in sede gerarchica, qualora si assuma la lesione di un diritto o di un interesse. La disposizione della legge non è dubbia: tuttavia crediamo utile segnalare la risoluzione del Consiglio di Stato che praticamente ne ha fatto applicazione.

XXXIII. — Ricorso gerarchico.

Per disposizione generale dell'art. 220 della legge com. e prov. (T. U. 4 febbraio 1914, n. 148) contro le decisioni della G. P. A. in sede di tutela è ammesso ricorso al Governo del Re da parte dei Consigli comunali; tale rimedio, per concorde giurisprudenza, ed ora per esplicita disposizione dell'art. 68 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2835, *è stato esteso a favore di tutti gli interessati.*

Non esperito il ricorso al Governo del Re, non è ammissibile il ricorso al Consiglio di Stato direttamente contro la decisione della G. P. A. In tal senso, Consiglio di Stato, Sezione IV, decisione 20 dicembre 1924, n. 1155.

Il termine per il ricorso gerarchico è ora ridotto a giorni quindici: è utile ripeterlo.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Per il personale della Sanità pubblica.

Con R. D. 11 nov. 1923 n. 2395 sull'ordinamento gerarchico delle amministrazioni dello Stato, veniva soppressa l'indennità di rischio professionale, di cui godevano: 1° i medici del R. Esercito e della R. Marina; 2° il personale tecnico alienistico dei manicomi giudiziari; 3° il personale dell'Amministrazione della Sanità pubblica.

L'indennità veniva però conservata, in linea transitoria, a favore dei medici militari in servizio all'entrata in vigore del decreto e di quelli che sarebbero stati ammessi a concorsi indetti prima della data dello stesso: ciò equivaleva a rispettare i diritti acquisiti e, praticamente, a mantenere l'indennità per i medici militari.

Successivamente, con R. Decreto-legge 28 agosto 1924 n. 1398, questa venne ripristinata anche pel personale sanitario dei manicomi giudiziari, sebbene in misura ridotta, a partire dal 1° aprile 1924.

Di tutto il personale che godeva l'indennità di rischio professionale anteriormente al R. Decreto 11 nov. 1923, l'unico rimasto escluso dal beneficio è dunque quello dell'Amministrazione della Sanità pubblica.

Tale trattamento, che sembrerebbe punitivo, non si giustifica, in quanto il personale della Sanità pubblica è soggetto a un rischio professionale effettivo, insito nelle mansioni che gli sono commesse, venendo esso, per il suo istituto, chiamato a continui contatti con pericoli di contagio, come è attestato da una serie di funzionari che, nell'adempimento del loro dovere, hanno lasciato la vita.

L'ingiustizia di quel trattamento risulta tanto più manifesta, ove si consideri la sperequazione col personale medico militare, cui è assegnata una doppia indennità, e cioè una militare, comune a tutti gli ufficiali, ed una professionale, nella misura fissa di L. 2500 annue. Oltre di che è consentito ai medici militari il libero esercizio professionale, rigorosamente vietato, invece, ai funzionari della Sanità pubblica: viene dunque a mancare a questo qualsiasi cespite di guadagni straordinari. Del resto, ne mancherebbe la possibilità, dato che il loro ufficio li tiene interamente occupati.

È poi da considerare che la carriera del personale tecnico della Sanità è lentissima, ove si raffronti con quella di altro personale ad esso equiparato per funzioni; a titolo di esempio, basterebbe citare i provveditori agli studi o gl'intendenti di finanza. Lo scarto è manifesto: difatti la carriera dei funzionari di Sanità si arresta praticamente al 6° grado, nel quale il numero dei posti è assai limitato; non v'è che un posto al 5° grado, quello del direttore generale, equiparato appena a vice-prefetto.

Denunziamo questo stato di cose, desumendolo da una relazione che precede un disegno di legge annunziato dall'on. Guaccero e diretto a ripristinare l'indennità di cui sopra; nonchè da un memoriale a stampa, che viene ora a nostra conoscenza, inoltrato or è qualche tempo dai funzionari della Sanità al Governo.

Confidiamo che, accogliendosi la proposta dell'on. Guaccero, si provvederà a ridurre la stridente sperequazione inflitta oggi al personale tecnico della Sanità; ma noi vorremmo che tutto l'organico fosse riveduto, per assimilare le funzioni sanitarie centrali alle più alte funzioni civili.

In altre Nazioni questi servizi sono considerati d'importanza fondamentale, ed il personale addettovi occupa le posizioni più alte della gerarchia amministrativa; in Italia invece la Sanità pubblica è la Cenerentola dei servizi amministrativi e si fa di tutto per deprimerne e per « smontarne » il personale, che, pure, si prodiga nella tutela sanitaria della collettività.

È facile opporre le preoccupazioni di bilancio; ma le economie devono essere equamente ripartite e non rischiare di risolversi in un rallentamento del nostro progresso sanitario.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Manicomio Provinciale.* — È vacante al 1° maggio un posto di perfezionamento per medico praticante interno. Assegno L. 5000; vitto nei giorni di guardia; alloggio personale. Documenti (compreso *curriculum* universitario) alla Direzione entro il 15 apr.

BIELLA (*Novara*). — Scad. 20 apr. Cond. urbana Vernato. L. 7000, oltre doppio c.-v. in L. 150 e indenn. ambulatorio.

CASTELNUOVO DI PORTO (*Roma*). — Cond.; L. 7000 e 1° c-v.; L. 300 uff. san. Scad. 50 gg. dal 2 mar. Tassa L. 25.10. Docum. a 3 mesi. Ab. 1434; km. 27 da Roma.

CASTELNUOVO DI SOTTO (*Reggio Em.*). — 2ª cond. Scad. 10 apr. L. 8000, oltre 2 c.-v. e L. 2500 trasp. Riconoscim. servizio prestato presso altre amministrazioni.

CASTEL S. PIETRO (*Bologna*). — Scad. 12 aprile. Per Sassaleone, in consorzio con Monterenzio. Lire 9000, oltre c.-v. e L. 3000 cavalc. Rivolgersi Consorzio intercomunale della Vallata del Silaro in Castel S. Pietro dell'Emilia.

CATANZARO. — Scad. 25 apr. Direttore del *Consorzio antitubercolare fra i Comuni e la Provincia;* L. 18,000 e quattro quadrienni decimo; indennità missione in L. 50 ritornando lo stesso giorno alla residenza, L. 75 pernottando fuori, oltre rimborso spese viaggio. Età lim. 45 a. al 12 marzo. Tassa conc. L. 50.15. Docum. e domanda al Presidente del Consiglio d'Amministrazione del Consorzio.

CESENA (*Forlì*). *Congregazione di Carità*. — A tutto 30 aprile chirurgo primario dell'Ospedale Civile; L. 12,000; compartecipaz. onorari; indennità varie. Limite di età a. 40. Nomina in base a terna. A richiesta la Segreteria invierà bando di concorso, capitolati e tutte le informazioni del caso.

CITTÀ DELLA PIEVE (*Perugia*). — Scad. 10 apr.; per Salci; L. 9000 e 5 sessenni dec., oltre L. 600 servizio attivo, 2 c.-v., L. 200 per locale dell'ambulatorio; età 24-35 a., salvo solite eccez. Tassa L. 50.10.

DOMODOSSOLA. *Ospedale di S. Biagio*. — Primario medico. Scad. 30 apr. L. 2400 oltre 50 % tasse di cura e 60 % tasse ambulat. Lib. doc. in patol. med. o clin. med. Laurea da 10 anni.

FELTRE (*Belluno*). — Scad. 15 apr.; 3° reparto; stip. L. 8000 e quadrienni decimo; 2 c.-v.; L. 3500 se cavallo, L. 1000 se altro mezzo trasp.; tassa L. 50.10.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. Maria Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — Primario medico per il reparto Cronaci dello Spedale di Careggi; età mass. 45 a.; 5 a. di servizio in Ospedali o Cliniche o Istituti di patol. med., dei quali non meno di 3 come effettivi; L. 5500. Scad. ore 18 del 30 apr. Chiedere annunzio alla Segreteria.

FOLLINA (*Treviso*). — Scad. 15 apr. ore 12; per residenza e cura poveri L. 8000; indenn. c.-v. e mezzo trasp.; alloggio conveniente per qualità e pigione. Schiarimenti Municipio.

GIRGENTI. *Congregaz. di Carità*. — Chirurgo-direttore dell'Osp. civile. Scad. 22 apr. Vedi fasc. 11.

GRAZZANISE (*Caserta*). — Cond.; stip. L. 7000, più L. 2400 cavalc. e L. 500 uff. san. provvisorio. Scad. 12 aprile. Schiarimenti dalla Segreteria.

ISOLA S. ANTONIO (*Alessandria*). — Scad. 10 apr.; L. 7000, oltre L. 500 cav., L. 500 uff. san., L. 200 arm. farm.; alloggio nel Palazzo municipale; 10 bienni ventesimo. Chiedere annunzio.

MANFREDONIA (*Foggia*). — Scad. 20 apr. L. 8500. Rivolgersi Segreteria comun.

MANTOVA. *R. Prefettura*. — Uff. san. e medico capo dell'Ufficio d'Igiene del Capoluogo; alle ore 12 del 15 apr.; titoli ed esami; L. 13,500 di stip. e indenn. e 5 quadr. decimo, oltre L. 2,500 indenn. carica e c.-v. come impiegati comunali; è consentito l'esercizio profess. Docum. in piego raccom. Ab. 40,120; estens. circa 1765 ha.

MERCATELLO (*Pesaro-Urbino*). — A tutto il 10 aprile; ab. circa 3000; L. 8000 per 500 pov., addiz. L. 2 fino a 1000 pov., L. 3 oltre; 1° c.-v.; L. 3000 cav.; L. 300 uff. san. Età lim. 40 a. Serv. entro 15 gg.

MONTE S. MARIA TIBERINA (*Arezzo*). — A tutto il 30 apr., per Lippiano; L. 10.000 oltre c.-v.; servizio nell'Ospedale; alloggio gratuito; per uff. san. del comune L. 500; quattro quadrienni decimo; fino a 1000 pov.; cavalc. non obblig. Età lim. 40 a.

PALERMO. *R. Università*. — Assistente alla Clinica medica; L. 7000 e 2 quinquenni, oltre c.-v. Prova scritta e orale clinica. Tassa di L. 50 all'Economato. Scad. 30 apr. Nomina e conferme annuali. Domande al Rettore.

PARMA. *R. Istituto super. di Medic. veterin.* — Assistente alla cattedra d'igiene, polizia sanit. e tecnica delle ispezioni delle carni da macello; L. 7000 iniziali oltre supplem. di serv. attivo in L. 500 e c.-v. Esami; a parità di merito sarà tenuto conto dei titoli. I parenti e gli affini del titolare della cattedra, fino al quarto grado, non possono partecipare al concorso. Domanda alla segreteria dell'Istituto non oltre il 30 apr. Tassa conc. L. 50.

ROMA. *Ministero della Giustizia e dei Culti*. — Nove posti di medico assistente nei manicomi giudiziarî; scad. 15 apr. Vedi fasc. 10.

S. GREGORIO DA SASSOLA (*Roma*). — A tutto 20 aprile; cond.; vedi fasc. 11.

SAVOIA DI LUCANIA (*Basilicata*). — Al 30 aprile, ore 12; età lim. 50 a. L. 8000 e 6 aumenti quadriennali per l'ammontare complessivo pari a cinque decimi dello stipendio stesso; addizion. L. 5 oltre i 300 pov. Ab. 1336, in collina. Servizio entro 10 gg.

VERCELLI (*Novara*). — Condotta pel consorzio Sali-Montenero-Cascine Stra; vedi fasc. 13. Scad. ore 18 del 30 apr.

VIGHIZZOLO D'ESTE (*Padova*). — Scad. 15 apr. L. 15,000 per 1000 iscritti; 5 quadrienni decimo; c.-v.; L. 800 se bicicl., L. 1600 se motociclo, L. 3000 se cavalc.; L. 600 ambulat.; L. 500 se uff. san.; alloggio di 8 vani, stalla, rimessa e giardino dietro corrispettivo di L. 1000. Tassa conc. L. 50.15.

CONCORSI A PREMIO.

S. E. il ten. gen. med. L. Ferrero di Cavallerleone ha voluto ancora una volta dimostrare il profondo affetto che lo lega al Corpo sanitario militare istituendo, con gesto munifico, un premio quadriennale, che decorre dal 1° gennaio, a benefizio degli ufficiali medici in s. a. p. che più si distinguono per meriti scientifici e professionali. Tale premio egli si è compiaciuto di offrire nella ricorrenza della celebrazione dei Medici caduti in guerra. Il premio corrisponderà agli interessi di un titolo del consolidato 5 % dell'importo di L. 20,000. Il premio dovrà essere aggiudicato a quell'ufficiale medico che nel quadriennio abbia acquistato il maggior titolo di merito o con qualche scoperta medica scientifica o con pubblicazioni mediche, o dia sicuro affidamento per la sua cultura, conoscenza di lingue straniere, titoli scientifici, di trarre profitto da una Missione all'Estero, per quanto riguarda il servizio sanitario militare di altre Nazioni, sul quale dovrà riferire. Le norme del concorso verranno da noi rese note non appena definitivamente fissate.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. Ernesto Petrunti, residente da molti anni nell'Argentina (S. Andrea de Giles), è nominato cavaliere nell'Ordine della Corona d'Italia, per meriti professionali e patriottici.

Nel fasc. scorso a p. 476, col. sin., lin. 32, leggere « poi detta ».

NOTIZIE DIVERSE.

III Congresso Internazionale di Medicina e di Farmacia Militare.

Ricordiamo che è indetto a Parigi dal 20 al 25 aprile. Per le adesioni e per qualsiasi informazione rivolgersi al « Commissariat » del Congresso, Paris (VII^e), 66, rue de Bellechasse; le quote di sottoscrizione sono da inviare a: « M. l'Officier d'Administration Trésorier », stesso indirizzo (quote: 30 franchi per gli uomini, 20 per le signore). Dalle ferrovie francesi sono state accordate notevoli facilitazioni di viaggio, tra cui la semitariffa per i congressisti stranieri e le loro signore e le loro figlie nubili: i biglietti a metà prezzo saranno validi dal 10 aprile al 15 maggio.

Convegno Medico Nazionale a Milano.

Questo convegno è promosso dal Comitato della Fiera Campionaria (Sezione industrie sanitarie) e si terrà dal 14 al 16 aprile. Possono aderirvi i medici ed altre categorie di sanitari di ogni parte d'Italia ed anche i residenti all'estero. Si propone di:

1) Far conoscere quanto sarà esposto alla Fiera Campionaria di Milano, nella Sezione « Industrie sanitarie »;

2) far conoscere, con visite rapide, ma coordinate e illustrate da competenti, la nuova Università di Milano, gli Istituti clinici e ospedalieri, scientifici in generale; si avrà, inoltre, libero accesso ai Musei, al Castello Sforzesco, alla Fiera, ecc.;

3) visitare alcuni stabilimenti del ramo Industrie sanitarie.

Le adesioni si ricevono dal Comitato Convegno Medico Fiera, via S. Paolo 10, Milano.

I partecipanti sono esenti da ogni tassa di iscrizione ecc.

Alcuni giorni prima della inaugurazione della Fiera (data fissa: 12 aprile) tutte le stazioni ferroviarie del Regno saranno autorizzate a rilasciare biglietti con riduzione (dal 30 al 60 %) per Milano, secondo norme che saranno rese largamente pubbliche. Nel caso che tale riduzione generale tardasse, verranno inviati appositi moduli per ribassi ferroviari ai singoli aderenti al Convegno, considerati come veri e propri « Espositori ».

Presso il Comitato alloggi (con uffici sia alla Stazione centrale e sia in via Ugo Foscolo, n. 5) si potranno avere, arrivando, le indicazioni per trovare alloggio. È però assolutamente *consigliabile di scrivere prima* (Comitato Alloggi Fiera Campionaria, via Ugo Foscolo, n. 5) per prenotare un alloggio conforme ai desideri individuali.

Sarà notificato un programma, all'inizio del Convegno, e cioè al mattino del giorno 14 aprile (ore 9); punto di ritrovo, la sede dell'Associazione Sanitaria Milanese, in via S. Paolo, n. 10.

Nella sede suddetta un apposito incaricato darà in ogni momento le eventuali informazioni necessarie, curando altresì la distribuzione delle tessere per l'ingresso alla Fiera.

Riunione di medici idrologi a Milano.

Sotto la presidenza del prof. Piccinini, presidente della Sezione dell'Italia Superiore dell'Associazione di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica, ebbe luogo la riunione annuale della Sezione stessa in Milano, coll'intervento di molti soci e coll'adesione di personalità, fra le quali, notevoli, i proff. Mangiagalli, Zoia, Medea. Cattaneo, Carpi e il cav. Saccani, vice-presidente della Federazione termale italiana.

Il prof. Devoto, a proposito del prossimo Congresso di Idrologia a Montecatini, fece rilevare l'alta importanza che vanno assumendo ogni giorno più gli studi idrologici, e la necessità, per le nostre Sezioni termali, di un indirizzo scientifico affidato a persone di riconosciuta competenza. Il prof. Boveri svolse una comunicazione sull'efficacia terapeutica dei bagni arsenicali di Levico in alcune malattie nervose, e particolarmente nei postumi della encefalite letargica; il prof. Vinaj trattò il tema dell'educazione fisica in rapporto al controllo sanitario; il prof. Piccinini svolse il tema « L'Idrologia nella Storia », dimostrando la parte preminente che l'Italia ha sempre avuto in tali studi.

Corso di perfezionamento sulle malattie tubercolari.

Il corso di perfezionamento per le malattie tubercolari presso l'Università di Genova che si doveva iniziare l'8 marzo, si aprirà invece il 15 aprile: modificazione fatta in seguito a richiesta di molti medici. Il corso, come è noto, è tenuto a cura dell'Istituto di Studi Scientifico-Pratici sulla tubercolosi esistente presso l'Università di Genova, presieduto dal prof. Canalis e diretto dal prof. Maragliano, col concorso dei proff. della Facoltà. Il corso dura un mese e si chiude il 16 maggio. Per le iscrizioni scrivere al segretario dell'Istituto dott. De Martini, via Balilla 5, Genova. L'iscrizione è gratuita.

Corsi speciali di tecnica diagnostica e terapeutica.

Si terranno dal 22 aprile al 22 maggio presso gl'Istituti Ospitalieri di Milano, col seguente programma:

Elettrocardiografia, Sfigmoflebocardiografia, Oscillometria e Oscillografia, Ortiodiografia del cuore e dei grossi vasi: Divisione Sforza Bianca Maria, diretta dal primario prof. V. Ronchetti. Mercoledì e sabato dalle 14 alle 15.

Tecnica Roentgenologica, Roentgendiagnostica, Roentgenterapica: Sezione Radiologica, f. f. dirigente dott. Sessa.

Fotoradioterapia: Sezione Fotoradioterapica, via Pace, 9, dirigente dott. E. Viganò. Martedì e sabato dalle 9.30 alle 10.30.

Istologia Patologica: Istituto di anatomia patologica, prof. C. Zenoni. Mercoledì dalle 9 alle 10; sabato dalle 16 alle 17.

Batteriologia e Microscopia: Istituto di anatomia patologica, dott. A. Macchi (lunedì e venerdì 11-12); dott. Orlandi Noel (martedì e giov. 11-12).

Pei corsi brevi di tecniche diagnostiche e terapeutiche, sarà ammessa l'iscrizione anche a singoli di essi, mediante la presentazione del diploma di laurea in medicina e chirurgia ottenuto in una Università del Regno ed il pagamento della somma di L. 50 per ogni corso.

Alla fine dei singoli corsi, a quelli che li avranno frequentati diligentemente e con profitto, sarà rilasciato uno speciale attestato.

Corso integrativo di Clinica Pediatrica.

Il 16 aprile avrà inizio presso l'Università di Pisa un corso di Clinica Pediatrica per laureati in medicina, tenuto dal prof. Gennaro Fiore. Avrà la durata di due mesi. Alla fine di esso sarà rilasciato dal Rettore un certificato di frequenza. Il corso consisterà in tre ore settimanali di lezioni e dodici di esercitazioni. Tassa di L. 150 all'Economo. Domande alla Segreteria. Se le iscrizioni non raggiungeranno il numero di 10, il corso sarà rinviato ad altro periodo.

Per il «Libro d'oro» dei medici morti in guerra.

La Segreteria della Celebrazione dei Medici morti in guerra ci comunica:

« Data la grande richiesta del « Libro d'Oro » — *I Medici Italiani ai loro Eroi* — si prevede che presto sarà completamente esaurita la prima edizione, e poichè non sarà possibile fare una seconda edizione, per un complesso di ragioni, si crede opportuno avvisare quei colleghi che pur sentendo il desiderio ed il dovere di ornare il proprio tavolo di lavoro di questa mirabile opera di fede e di passione, temporeggiano ancora nell'acquistarla.

Il volume è in vendita soltanto presso la Segreteria della Celebrazione dei Medici caduti in guerra, Sanatorio Militare di Anzio (Roma) ed il prezzo di vendita viene fissato in L. 60.

Il modestissimo ricavato andrà a totale beneficio delle istituende borse di studio degli orfani dei medici morti in guerra ».

All'Istituto d'igiene, previdenza ed assistenza sociale.

Il Re, accompagnato dal sen. Indri e dai Ministri dell'Interno, dell'Economia Nazionale, della Marina, dal Sottosegretario alla Guerra, dal presidente della Camera dei deputati, dal R. Commisario di Roma, dal comandante del Corpo d'Armata, dal generale Gandolfo comandante della Milizia Nazionale, dal Prefetto comm. D'Ancora, ecc. ha visitato l'Istituto d'Igiene, assistenza e previdenza sociale.

Il Sovrano è stato ricevuto dal senatore Marchiafava e da altri consiglieri dell'Istituto, tra cui l'on. Olivetti, il gr. uff. Marolla, il gr. uff. Toja, il comm. prof. Medolaghi, il comm. Massone, il direttore generale della Croce Rossa Italiana, il dott. Giannitelli della Confederazione dei lavoratori, ecc

Il Sovrano è stato guidato nella visita dal fondatore e direttore prof. Ettore Levi.

Il Re, dopo aver visitato gli uffici di presidenza, l'archivio, la ricchissima biblioteca, le sale dell'Esposizione permanente, ha apposto la firma sull'albo dei visitatori, compiacendosi coi membri del Consiglio, che, grazie alla generosa ospitalità della Cassa Nazionale, l'Istituto abbia trovato una così degna sede.

Per una Colonia Sanatoriale nell'Italia centrale.

Con la partecipazione delle Provincie di Bologna, Firenze e Modena, e sotto la presidenza del prefetto gr. uff. barone C. Errante, si è adunato in Modena il Comitato promotore per la fondazione di una grande Colonia sanatoriale nell'Italia Centrale.

Hanno aderito i proff. E. Marchiafava, Mangiagalli, Sanarelli, Fedeli, Bastianelli, Devoto, Schupfer, Gardenghi, Bonola, Bignami, ecc.

Il Sanatorio avrà una sezione industriale ed un reparto pei meno abbienti.

Donazione benefica.

I coniugi Azzi di Pinerolo Po (Pavia) a mezzo dell'on. Maso Bisi hanno destinato L. 35,000 alla lotta contro il cancro, in memoria della compianta mamma che fu vittima della letale malattia.

L'on. Bisi, ringraziando, deliberava di devolvere tale somma all'Ospedale di S. Matteo in Pavia per la istituzione di un moderno e perfetto gabinetto di radiologia che sarà intitolato al nome della compianta defunta che i coniugi Azzi hanno voluto ricordare.

Nuovi periodici.

Il « Bulletin de l'Union Internationale contre la Tuberculose », pubblicato contemporaneamente in francese e inglese (i due testi sono posti di fronte), raccoglie un materiale sceltissimo, dovuto ai migliori tisiologi; l'ultimo fascicolo (n. 3, anno 1), ora pubblicato, contiene articoli di Philip sulla detubercolizzazione anticipata, di Calmette sulla vaccinazione antitubercolare, di Krause e Willis sulla disseminazione dei bacilli tubercolari virulenti. Ne fanno parte anche un resoconto analitico della Conferenza internazionale di Losanna e diverse notizie che concernono il movimento internazionale per la difesa contro la malattia.

Si può richiedere il periodico alla segreteria dell'Unione: 2, Avenue Velasquez (Parc Monceau), Paris (6e).

*
* *

« Minerva Libera », organo dell'Associazione dei Liberi Docenti di Napoli, sorge in difesa della libera docenza e col programma di accrescerne la dignità e l'efficienza, ma anche di impedirne il minacciato annientamento. Chiede il consenso e la cooperazione di quanti sono in Italia spiriti pensosi delle sorti della superiore cultura. È diretta dal dott. Paolo Stanganelli (piazza S. Andrea delle Dame, Scuola universitaria, ex-Collegio Medico); ne è amministratore il dott. Alfonso Marino (vico Nunzio a Toledo 4, Napoli). Auguri.

Società Endocrinologica Russa.

Si è organizzata a Mosca una « Società Endocrinologica Russa » che si prefigge lo studio dell'endocrinologia. La Società coordina il lavoro e gli interessi scientifici di molti medici e scienziati che si occupano, in Russia, dello studio delle secrezioni interne. Non annovera solo specialisti, ma conta tra i suoi membri molti fisiologi, patologi e chirurgi. Prossimamente aprirà succursali in molte regioni della Russia.

La Società sta organizzando una propria biblioteca e pubblicherà un suo giornale, ma risente la mancanza delle pubblicazioni degli ultimi 10 anni. I promotori sarebbero desiderosi di attivare un regolare scambio di pubblicazioni con altri paesi. Pregano inoltre vivamente i medici e i biologi, che pubblicano articoli in organi scientifici italiani od esteri, di inviare una copia delle loro pubblicazioni alla Società a titolo di informazione e la compilazione di un elenco bibliografico. La segreteria è diretta dal Priv. Doz. N. A. Scheresschewsky, Arbat 26, Moscow (Russia).

Assoluzione di farmacisti.

Il Pretore urbano di Bologna con sentenza del 5 dic. 1924 pronunziava la desistenza contro tre farmacisti accusati di aver dispensato veronal senza ricetta, ma nelle dosi ammissibili previste dalla F. U., per fatto non costituente reato.

Un libro medico sequestrato in Ungheria.

Nel 1923 il prof. Tivadar Huzella, della Facoltà Medica di Debreczen, aveva pubblicato un libro intitolato: « Guerra e pace alla luce della medicina ». Il pubblico ministero della città, avendo letto il libro, ha trovato ora che esso contiene eccitamenti contro l'ordine sociale e statale e che esso è contrario alle leggi; pertanto ha ordinato il sequestro di tutte le copie in vendita nella città, misura che è stata subito attuata dalla polizia; ha anche avvisato le autorità giudiziarie delle altre sedi, affinchè adottino lo stesso provvedimento; ha intentato un processo contro l'autore.

Inchiesta disciplinare sui professori universitari in Ungheria.

Una Commissione nominata dal Governo ungherese per accertare le responsabilità politiche del corpo insegnanti universario durante la breve êra bolscevica, ha espletato il suo còmpito dopo anni di lavoro.

Della Facoltà medica erano imputati due insegnanti. Il prof. Hudovernig era indiziato di aver contribuito alla requisizione dell'Ospedale Bethesda e della villa di salute Manfredo Weiss; è stato censurato dalla Commissione, ma ha diritto all'appello.

Il prof. Polya era accusato di aver ottenuto la promozione a ordinario dal Governo bolscevico; è risultato che egli non fece nulla per ottenere questa nomina; che, anzi la accettò solo perchè costrettovi; che l'avanzamento gli sarebbe spettato qualunque fosse il governo, perchè i suoi studi scientifici lo rendevano maturo per l'ordinariato; è stato assolto ad unanimità.

GAETANO GAGLIO

Per la morte di GAETANO GAGLIO, avvenuta in Roma il 17 febbraio, la Farmacologia italiana ha perduto uno de' suoi più eletti cultori e la Facoltà medica dell'Università di Roma, uno de' suoi più distinti insegnanti.

Fin da quando era studente fu nominato assistente prima presso la cattedra di chimica farmaceutica dell'Università di Catania e passò poi collo stesso grado nell'Istituto di Fisiologia; dopo laureato, sotto la guida di insigni Maestri, quali Schmiedeberg e Ludwig in Germania, Mosso, Luciani e Tizzoni in Italia continuò il suo perfezionamento nelle ricerche sperimentali, raggiungendo in breve una accurata e completa preparazione nel campo della chimica e della fisiologia, basi fondamentali per il farmacologo.

All'età di 29 anni, essendosi riconosciuta la sua maturità scientifica, fu nominato professore. Salito alla cattedra GAGLIO divenne alla sua volta insigne Maestro e indirizzò molte giovani energie alla più rigorosa interpretazione dei fenomeni osservati. La sua raccomandazione era costantemente di osservare e controllare scrupolosamente i risultati, perchè il ricercatore deve avere un solo miraggio: la verità certa, assoluta ed indiscussa, qualunque essa siasi. Le idee preconcette non facevano breccia nella sua mente positiva e quando il risultato ottenuto non corrispondeva alla previsione era ben felice di poter correggere un'idea inesatta o errata.

GAGLIO si occupò di gravi problemi di fisiologia e di farmacologia mettendo in evidenza l'acume suo profondo nella interpretazione dei risultati, ma non sdegnò neppure argomenti, apparentemente poco poderosi, e tuttavia molto interessanti per la loro portata pratica.

Le sue osservazioni sulla eliminazione dei farmaci per le membrane sinoviali, la diffusione al-

l'occhio di farmaci iniettati nella tempia hanno potuto rendere ragione dei risultati benefici ottenuti dai terapisti.

Durante la sua vita GAGLIO mai fu trascinato dall'idea di lucro. Di ciò fanno fede quelle sue osservazioni, che sarebbero potute essere sorgente di guadagno per uno meno idealista di lui, mentre egli le rese palesi, anche nei minimi particolari, affinchè potessero essere utilizzate da chi ne avesse avuto opportunità. La unione, ad es., dell'uretano al cloridrato di chinina, per ottenere una soluzione molto ricca in alcaloide, fu riconosciuta tanto opportuna e vantaggiosa che anche lo Stato ne fece preparare la confezione in fialette per uso ipodermico dalla Farmacia centrale militare di Torino. Egli con numerose pubblicazioni potè dimostrare che dall'unione della chinina con uretano si ha non solo la possibilità di iniettare un alto contenuto di chinina in piccolo volume, ma che anche la reazione locale nel punto dell'iniezione è di gran lunga inferiore a quella che seguiva sempre all'iniezione di sali acidi di chinina che, per la loro maggiore solubilità, erano i preferiti a scopo ipodermico.

Di non minore interesse pratico è la sua proposta per stabilizzare una soluzione alcoolica di iodio e per svelare la presenza di acido iodidrico in una soluzione già preparata da tempo. Egli mise in evidenza che colla semplice aggiunta di acido iodico, fino a che questo si vede nel fondo del vaso contenente la soluzione di iodio, si ha la garanzia dell'inesistenza contemporanea di acido iodidrico poichè questo è decomposto a mano a mano che si forma.

Il contributo da lui portato alla ricerca delle attività delle piante medicinali, coltivate in diverse e svariate condizioni, ha importanza non solo pratica, ma anche economica.

Nel 1910 pubblicò il suo *Trattato di Farmacologia* che gli costò lungo e paziente lavoro per vagliare gli argomenti e la ricca bibliografia. Dando molto sviluppo alla parte chimica sulla costituzione dei farmaci e alla interpretazione della loro attività fisiologica GAGLIO, pur senza accennarlo, mette in rilievo l'importanza e la dipendenza fra struttura chimica ed azione farmacodinamica. Il trattato fu accolto col plauso unanime e col massimo favore da parte degli studiosi sia per la rara competenza nella trattazione scientifica degli argomenti, sia per la forma letteraria brillante e per la purezza di stile e proprietà di linguaggio. In 10 anni si ebbero tre edizioni del Trattato e da tempo sarebbe stata pubblicata la quarta se il nuovo editore avesse rispettato gli antichi patti contrattuali.

Tanta luce di nobili ideali, tanto candore e bontà di sentimenti sono ora scomparsi: il nostro amato Maestro ha reso alla natura serenamente il tributo che tutti le dobbiamo, ma nell'animo di noi suoi discepoli rimane un vuoto perenne, perchè non potremo mai dimenticare la buona figura, lo sguardo mite e sereno di Lui, che ci amò con tanta grandezza d'animo.

A. BALDONI.

Le esequie sono state degne dell'uomo. Studenti e studentesse montarono giorno e notte la guardia d'onore intorno al feretro, di cui vollero eseguire a braccia il trasporto all'estrema dimora. Una folla di personalità intervenne alle esequie. Dettero con commossa parola l'ultimo addio all'illustre estinto il sen. Pestalozza per l'Università, il sen. Fano per l'Accademia dei Lincei, il dott. Basile per la Sanità pubblica, il prof. Sabbatani per i farmacologi italiani, il prof. Di Mattei per il personale assistente; ringraziò per la famiglia l'avv. Viola. La salma è stata trasportata a Palermo ed ivi tumulata nella tomba di famiglia.

ARTHUR HEFFTER.

L'anno 1925 segna date profondamente dolorose per i cultori della farmacologia. Alla stessa età del compianto prof. Gaglio e pochi giorni prima di Lui, si è spento in Berlino ARTURO HEFFTER, professore di farmacologia in quella Università e uno dei rappresentanti più eminenti della scienza tedesca.

Dedicatosi appena laureato alla farmacologia, ben nutrito di cultura chimica e medica, fu per alcuni anni assistente nell'Istituto farmacologico di Lipsia: occupò in seguito la cattedra di farmacologia e di chimica medica nell'Università di Berna e nel 1908 fu chiamato a Berlino. Maestro nel senso più ampio della parola, unì alla vastissima cultura una singolare attitudine sperimentale e didattica, che lo rese meritamente stimatissimo nella sua patria e fuori. Spirito superiore, delicato e sereno, fu sensibile alla vasta armonia delle cose e coltivò appassionatamente la musica e l'alpinismo. Affabilissimo, arguto, cordiale, praticò sempre la bontà ed intonò la sua vita ad una norma esemplare di rettitudine e di signorilità.

La sua opera scientifica, copiosa e importantissima, tocca i campi più interessanti della farmacologia. Studiò profondamente il chimismo della metamorfosi del solfo nell'intestino e nel sangue, prospettando per primo la partecipazione dell'idrogeno mobile dei gruppi solfidrili degli albuminoidi, approfondì il comportamento dell'arsenico nell'organismo escludendo la concezione che l'arsenico sostituisse il fosforo delle lecitine e delle nucleine, chiarì l'eliminazione dei balsami per le urine e le loro reazioni chimiche, introdusse e studiò il cloralosio e portò una nota sempre originale ed esatta nei moltissimi argomenti che imprese a trattare.

Con la collaborazione dei più eminenti farmacologi tedeschi egli ha dotato la scienza farmacologica di un prezioso Trattato di farmacologia sperimentale, opera vastissima, di cui pochi mesi prima della sua morte aveva pubblicato il terzo volume.

DI MATTEI.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 13 Aprile 1925 Fasc. 15

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

CIVICO OSPEDALE DI CODOGNO - DIVISIONE MEDICA
diretta dal primario prof. MICHELI.

Contributo alla reazione di Bothelo per la sierodiagnosi del cancro.

Dott. prof. M. MICHELI e dott. G. GANELLI.

Nella affannosa ricerca di un metodo che permetta di diagnosticare il cancro al suo inizio, nell'epoca cioè nella quale più è fondata la speranza che un intervento chirurgico possa riuscire di reale efficacia, si era dapprima pensato di ricorrere alla sierodiagnosi basata sulla formazione di anticorpi nell'individuo ammalato, a somiglianza di quel che avviene nelle malattie infettive. Si riteneva infatti che il tumore nella sua essenza, indipendentemente dalla sua causa « parassitaria o no » fosse un organismo a sè, comparso in seno ai tessuti dell'organismo ospite, dotato di una biologia propria, specialmente diversa da quella delle cellule dei tessuti invasi, e quindi capace di stimolare la formazione di sostanze reattive di difesa, in poche parole, di anticorpi (1).

Ricerche successive hanno però messo in luce il fatto che in effetto il neoplasma maligno si comporta come un materiale biologicamente omogeneo a quelle dell'organismo ospite, e quindi vien meno la formazione di anticorpi.

(1) *Rassegna clinico-scientifica dell'Istituto Biochimico Italiano*, anno III, n. 1.

Ciò nonostante in seguito si è potuto constatare che il tumore maligno possiede sotto altri aspetti un ricambio materiale diversissimo da quello dei tessuti normali, e che i prodotti di un tale ricambio diffondendosi nell'organismo del malato provocano nel metabolismo cellulare delle modificazioni, che, per quanto di scarsa entità, sono sempre rintracciabili coi metodi di indagine biochimica attuali. E, poichè alcuni di tali prodotti si versano direttamente nel sangue, la loro ricerca ha fatto sorgere una sierodiagnosi dei tumori maligni, completamente diversa però per meccanismo d'azione da quella delle malattie infettive.

Le modificazioni del metabolismo organico, determinate dal neoplasma maligno o meglio dai suoi prodotti di ricambio e dimostrabili nel siero di sangue, risultano di vario ordine:

1° Alterazione della struttura delle sieroglobuline nel senso di una maggiore loro labilità, che le rende più facilmente precipitabili coi reagenti comuni. (Reazione di Bothelo).

2° Diminuzione notevole del contenuto in sieroalbumine nel sangue del malato, per cui, all'esame, si riscontra un eccesso relativo delle sieroglobuline, come succede anche nella gravidanza. (Reazione di Kahn).

3° Alterazione dei rapporti fisico chimici fra sostanze lipoidi e sostanze proteiche nel siero del sangue. (Reazione meiostagminica di Ascoli).

4° Aumento nel siero dei malati di tumore maligno delle sostanze antitriptiche, per cui, la capacità del siero stesso di sciogliere le cellule del tumore è attenuata in confronto del siero normale. (Reazione di Frend Kaminer).

In generale il valore diagnostico di queste reazioni non è mai assoluto. I risultati sono incostanti: si può fissare una media di positività intorno al 70 per 100 dei casi di tumore maligno nei quali sono praticate; inoltre esse non sono specifiche, cioè, danno risultati positivi anche in altre malattie.

La sierodiagnosi propugnata da Bothelo, alla quale molti autori in questi ultimi tempi hanno arrecato il loro contributo di studi e di esperienze, è veramente di estrema semplicità, e questo carattere non è stato l'ultima determinante, che ci ha spinti ad istituire serie prove di controllo in questo ospedale.

Questa reazione, variamente modificata, è basata sulla proprietà che ha il siero umano di fornire un precipitato per l'azione di una soluzione iodoiodurata in presenza di acido citrico con aggiunta di formolo, oppure di acido lattico, oppure di ammoniaca e acido nitrico. Questa proprietà è più spiccata nel siero di un canceroso e quindi con questo il precipitato si forma con l'aggiunta di quantità di reagente assai minore che nel siero di un individuo normale. Ciò dipende dal fatto che, come si è accennato sopra, le globuline del siero del canceroso sono diventate più labili della norma e quindi subiscono maggiormente le azioni chimiche precipitanti.

Presentata nel 1922 dall'autore è stata confermata come specifica e di prezioso aiuto alla diagnosi precoce del cancro da Wilbauchevitch.

Blouquier de Clairet e A. Brugarolle l'hanno provata su 110 sieri con risultati che essi dicono ottimi. Itchikawa e Baum, che l'hanno applicata allo studio dei conigli cancerizzati colle pennellazioni di catrame, hanno avuto il 75 per 100 di reazioni positive nei casi di stadio iniziale del cancro e il 100 per 100 nei casi di stadio conclamato.

Rossi (n. 4, 5, 6, 1924 de *La Rassegna di Ostetricia e Ginecologia*), avendo applicata detta reazione su 41 sieri di donne affette da cancro del l'utero, ha avuto risultati nettamente positivi nel 75 per 100 dei casi, negativi nel 10 per 100, dubbi nel 15 per 100. Avendo egli eseguita la stessa prova su 15 sieri di ammalati vari con cachessia, stato di denutrizione più o meno marcata, ha trovato reazioni positive nel 30 per 100 dei casi, negative nel resto. Le sue conclusioni sono quindi favorevoli alla reazione in parola: non dice però in quale stadio della malattia si trovassero le ammalate prese in esame.

Nelle nostre ricerche ci siamo serviti del metodo primitivo e della prima modificazione.

Le soluzioni occorrenti per la reazione sono:

1) Siero in esame 24 ore dopo il salasso diluito della metà con soluzione fisiologica a 7.5 per 100.

2) Soluzione di acido citrico al 5 per 100 con aggiunta dell'1 per 100 di formolo.

3) Soluzione iodoiodurata: iodio bisublimato gr. 1, ioduro di potassio gr. 2, acqua distillata gr. 210.

Nella prima modificazione all'acido citrico si può sostituire una soluzione di acido lattico al 2.5 per 100.

La tecnica è la seguente: a due cmc. della soluzione di acido citrico o di acido lattico si aggiungono 0.5 cmc. di siero convenientemente diluito e subito dopo 0.7 cmc. di soluzione iodoiodurata. Agitando si forma un precipitato, che si risolve rapidamente nel caso di un siero normale, ma che persiste anche dopo forte agitazione, se il siero è di canceroso. Se il siero ritorna limpido, si aggiungono ancora 0.2 cmc. di soluzione iodoiodurata: si forma allora un nuovo precipitato, che dovrebbe pur esso persistere solo nel caso di cancro e ridisciogliersi quando trattasi di altra malattia. A reazione positiva il precipitato ben evidente, a fiocchi, di color giallo sporco, deposita dopo qualche tempo al fondo in

quantità variabile da un quinto alla metà del contenuto, mentre il liquido soprastante si presenta di un colorito giallo chiaro, giallo limone limpidissimo. A reazione negativa il colore giallo scuro del liquido non muta, il precitato o non si forma affatto o è minimo, compatto, non fioccoso. È bene notare che per ottenere un precipitato persistente con un siero normale bisogna impiegare almeno *un* cmc. della soluzione iodoiodurata.

Abbiamo fatto degli ammalati da noi sottoposti alla prova tre gruppi: il 1° di individui sicuramente affetti da tumore maligno in diverso stadio; il 2° di ammalati in preda a cachessia per malattie varie e nei quali il tumore era con ogni probabilità escluso; il 3° di coloro nei quali era fondato il sospetto di un tumore maligno.

Nel n. 3 la prova, ripetuta dopo circa tre mesi di cura ricostituente, in condizioni generali molto migliorate è stata negativa.

CONSIDERAZIONI.

Dall'esame dei risultati esposti nelle tabelle si hanno quindi nel 1° gruppo, degli individui cioè in cui era accertata la presenza di un tumore maligno, *sei* reazioni positive contro *sei* negative; nel 2°, comprendente gli ammalati in cui il tumore maligno era con ogni probabilità escluso, *dodici* reazioni positive contro *otto* negative.

Delle *diciotto* reazioni positive, *quindici* erano in soggetti, nei quali, indipendentemente dalla malattia prima, esistevano edemi agli arti, versamenti nelle sierose.

La reazione *positiva* non ha dunque valore per affermare l'esistenza di un tumore maligno, poichè essa è risultata tale anche in molte malattie con le quali il neoplasma nulla ha a che vedere.

Nè ha valore la reazione *negativa* per escludere il tumore, poichè si è visto che essa era tale in ammalati, nei quali esisteva sicuramente un tumore maligno, ma mancavano quelle condizioni varie, *discrasiche*, *cardiache*, *renali*, determinanti squilibrio umorale e quindi versamenti nelle sierose ed edemi sottocutanei.

Si potrebbe osservare che, se la reazione negativa non ha valore per escludere il cancro, non è priva d'ogni valore la reazione positiva per affermarne la presenza, inquantochè, nei casi stu-

I GRUPPO. INDIVIDUI SICURAMENTE AFFETTI DA TUMORE MALIGNO.

N., Cognome e Nome	Diagnosi	Condizioni generali	Reazione in A. Citrico	Presenza di A. Lattico
1. Forlini Francesco, anni 49.	Carcinoma dello stomaco.	Edemi agli arti inferiori. Ascite. Idrotorace.	Positiva.	Positiva.
2. Bianchi Gaetano, anni 65.	Epitelioma della mucosa della guancia destra.	Marasma. Edemi.	Positiva.	Positiva.
3. Losi Pietro, anni 84.	Epitelioma ulcerato della faccia.	Denutrizione. Non edemi.	Negativa.	Positiva.
4. Bruschi Angelo, anni 55.	Sarcoma del mascellare.	Marasma; idroemia.	Negativa.	Positiva.
5. Preda Luigi, anni 60.	Epitelioma della mucosa della guancia sinistra.	Stato di nutrizione buono, non edemi.	Negativa.	Negativa.
6. Ghilardelli Luigi, anni 52.	Carcinoma dello stomaco con metastasi ghiandolare di Troisier.	Nutrizione scadente, non edemi.	Negativa.	Negativa.
7. Anelli Giovanni, anni 69.	Carcinoma dello stomaco.	Marasma. Modica ascite.	Positiva.	Positiva.
8. Zibra Giuseppe, anni 67.	Carcinoma del cardias.	Denutrizione. Non edemi.	Positiva.	Positiva.
9. Manini Andrea, anni 69.	Carcinoma dello stomaco.	Grave stato di anemia. Non edemi.	Negativa.	Negativa.
10. Tonoli Giuseppe, anni 52.	Metastasi ghiandolare di epitelioma della mucosa della guancia cauterizzato.	Stato di nutrizione ancora discrete. Non edemi.	Negativa.	Negativa.
11. Cavallotti Giacomo, anni 72.	Epitelioma della lingua.	Nutrizione scadente. Non edemi.	Negativa.	Negativa.
12. Riboni Pietro, anni 79.	Epitelioma della faccia.	Nutrizione scadente. Non edemi.	Negativa.	Negativa.

È da notare che la reazione è stata ripetuta a distanza di un mese circa nei numeri 1, 3, 6, 9, 10, sempre cogli stessi risultati.

I numeri 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, sono già morti, il che dimostra che il tumore datava già da lungo tempo.

II GRUPPO. INDIVIDUI CON PROBABILITÀ NON AFFETTI DA TUMORE MALIGNO.

N., Cognome e Nome	Diagnosi	Condizioni generali	Reazione in A. Citrico	Presenza di A. Lattico
1. De Bernardi Antonio, anni 68.	Enterocolite subacuta catarrale (autopsia).	Marasma. Versamento addominale. Edemi.	Positiva.	Positiva.
2. Vailati Margherita, anni 66.	Ischialgia da probabile artrite cronica del segmento lombare. Gozzo.	Deperimento notevole. Non edemi.	Positiva.	Positiva.
3. Fregoni Giovanni, anni 72.	Marasma senile. Ernia inguinale non contenibile.	Idroemia. Edemi agli arti.	Positiva.	Positiva.
4. Sartori Antonio, anni 41.	Anchilostomiasi.	Idroemia. Edemi agli arti.	Positiva.	Positiva.
5. Dadda Giuseppe, anni 44.	Anchilostomiasi.	Anemia intensa; lieve succolenza pretibiale.	Positiva.	Negativa.
6. Beltrami Luigi, anni 59.	Arteriosclerosi diffusa a localizzazione prevalente cardiorenale.	Note di scompenso. Anasarca.	Positiva.	Positiva.
7. Peroni Giovanni, anni 46.	Aortite di natura luetica.	Note di scompenso. Trasudato peritoneale e pleurico a destra Succulenza pretibiale.	Positiva.	Negativa.
8. Manara Giovanni, anni 44.	Anchilostomiasi.	Anemia. Non edemi.	Negativa.	Negativa.
9. Patti Giorgio, anni 66.	Ulcera perforante del piede.	Non edemi.	Negativa.	Negativa.
10. Asti Maddalena, anni 55.	Anemia da metrorragie da prolasso dell'utero.	Non edemi.	Negativa.	Negativa.
11. Tosi Antonio, anni 76.	Enterocolite subacuta.	Marasma. Lieve versamento addominale. Succulenza pretibiale.	Positiva.	Positiva.
12. Ferrari Emilio, anni 44.	Tubercolosi di III grado.	Gravi condizioni. Anemia profonda. Non edemi.	Negativa.	Negativa.
13. Torresani Quinto, anni 69.	Miocardite con sclerosi renale.	Nutrizione discreta. Note di scompenso. Ascite. Idrotorace destro. Edemi.	Negativa.	Negativa.
14. Tussi Pietro, anni 78.	Enterocolite cronica (pellagra?).	Marasma. Edemi agli arti inferiori.	Positiva.	Positiva.
15. Dusi Angelo, anni 72.	Polisierosite specifica.	Deperimento. Non edemi.	Negativa.	Negativa.
16. Pezza Antonio, anni 42.	Ulcera gastrica pilorica.	Deperimento. Non edemi.	Negativa.	Negativa.
17. Mangini Francesco, anni 32.	Aortite luetica. Miocardite cronica. Cirrosi epatica.	Note di scompenso. Ascite. Idrotorace. Edemi agli arti.	Positiva.	Positiva.
18. Sangermani Maria, anni 61.	Cirrosi epatica.	Ascite. Non edemi.	Dubbia.	Negativa.
19. Piazzoli Mario, anni 13.	Nefrite cronica.	Edemi alla faccia ed agli arti inferiori.	Positiva.	Positiva.
20. Maietti Domenico, anni 84.	Arteriosclerosi.	Marasma. Edemi agli arti inferiori.	Positiva.	Negativa.

III GRUPPO. INDIVIDUI NEI QUALI AL MOMENTO DELLA REAZIONE SI POTEVA SOSPETTARE LA PRESENZA DI UN TUMORE MALIGNO.

N., Cognome e Nome	Diagnosi	Condizioni generali	Reazione in A. Citrico	Presenza di A. Lattico
1. Fornaroli Cesare, anni 50.	Ulcera duodenale.	Deperimento. Non edemi.	Negativa.	Negativa.
2. Granata Maria, anni 33.	Tubercoloma del ceco.	Deperimento. Non edemi.	Negativa.	Negativa.
3. Anelli Caterina, anni 42.	Tumore benigno retroperitoneale del piccolo bacino.	Deperimento notevole. Non edemi.	Positiva.	Positiva.
4. Grecchi Rosa, anni 61.	Sospetto carcinoma dello stomaco.	Deperimento. Non edemi.	Negativa.	Negativa.

diati, in cui la reazione era positiva senza che vi fosse tumore, era facilmente rilevabile la malattia, che determinava lo squilibrio nell'organismo. Potremmo però aggiungere che, anche nei soggetti affetti da tumore con reazione positiva, il tumore era pure facilmente rilevabile senza bisogno di reazioni speciali. E mentre noi abbiamo bisogno di una reazione che ci renda manifesto il tumore al suo inizio, quando le altre indagini cliniche ancora non possono darci alcuna indicazione esatta, la reazione di Bothelo non ci è risultata *nè specifica nè precoce*: essa è riuscita *negativa*, per non citare altri casi, e benchè ripetuta *due* volte, anche nei numeri *sei* e *nove* del primo gruppo, affetti entrambi da carcinoma dello stomaco evidentissimo con metastasi ghiandolare, morti pochissimi giorni dopo eseguita la reazione.

E che la reazione di Bothelo sia l'indice dello stato generale e dello squilibrio umorale del corpo, indipendentemente dalla presenza o meno di un tumore maligno, dimostrano chiaramente i numeri *sei* e *sette* del secondo gruppo.

Il numero *sei*, Beltrami Luigi di anni 59, era stato ricoverato nell'ospedale per arteriosclerosi diffusa con localizzazione prevalente cardiorenale, in periodo di scompenso, con edemi diffusi, ascite, idrotorace bilaterale. La reazione era allora nettamente *positiva*, aggiungendo soltanto cmc. 0.7 di soluzione iodoiodurata; in seguito, migliorate le condizioni generali, diminuiti notevolmente gli edemi ed i versamenti, la reazione si manifestava ancora *positiva*, aggiungendo però cmc. 0.9 di soluzione iodoiodurata. Abbiamo rivisto il Beltrami qualche tempo dopo la sua uscita dall'ospedale, in buone condizioni generali, con scomparsa di ogni segno di scompenso e la reazione è risultata allora nettamente *negativa*.

Un fatto simile si è manifestato nel numero *sette*, Peroni Giovanni di anni 40, affetto da aortite di natura luetica. In questi la reazione è stata praticata *tre* volte a distanza di mesi, la prima e l'ultima, mentre l'a. trovavasi in buone condizioni generali con cuore in compenso, la seconda, mentre eranvi evidenti note di scompenso con dispenea, trasudato peritoneale, e pleurico, succulenza pretibiale; ebbene la reazione *negativa* la prima e la terza volta è risultata *positiva* la seconda.

Fatte queste considerazioni noi non possiamo quindi annettere alcun valore ai risultati del terzo gruppo, nel quale appunto la reazione di Bothelo avrebbe dovuto portare un serio contributo alla diagnosi.

Erano gli ammalati di questo gruppo soggetti, nei quali per l'età, il deperimento l'anamnesi, alcuni segni fisici, potevasi sospettare l'esistenza di un tumore maligno iniziale, mentre il decorso successivo, a distanza di qualche mese, ha tolto di mezzo tale dubbio. La reazione è riuscita negativa nei numeri *uno*, *due*, *quattro*, positiva nel numero *tre*. Ma per quel che si è detto nessun valore noi possiamo dare a tali risultati poichè, ripetiamo, l'esame degli altri due gruppi ha dimostrato che la reazione di Bothelo non è *nè precoce nè specifica*, ma è solo un *indice dello stato generale dell'organismo;* nel numero *quattro* infatti di questo terzo gruppo, migliorate, con cure ricostituenti, le condizioni generali, la reazione è riuscita, dopo circa due mesi, negativa.

È stata ora proposta dall'Autore una seconda modificazione della reazione, nella quale all'acido citrico ed all'acido lattico è sostituito l'acido nitrico. Con questa modificazione noi faremo nuove prove di cui riferiremo in seguito. Auguriamoci che essa dia risultati più confortanti, cosicchè il problema della diagnosi precoce del cancro incominci ad avere una prima reale soluzione.

Codogno, febbraio 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CROCE ROSSA ITALIANA

SANATORIO « BIRAGO DI VISCHE ». - I REPARTO.

Contributo clinico alla conoscenza della litiasi polmonare

per il dott. CARLO VERDINA, aiuto.

La presenza di calcificazioni e concrezioni calcaree sia nei bronchi che nel polmone costituisce un reperto ben noto per l'anatomo-patologo, ma la loro eliminazione in vivo, collo sputo, non è egualmente frequente per il clinico.

Si possono nello sputo di tisici trovare con una certa facilità dei granuli duri, quasi calcarei, ma la presenza di veri calcoli di grossezza superiore ad un chicco di riso è assai rara.

Questa eliminazione di calcoli fu variamente definita litiasi polmonare, calcolosi polmonare, broncolitiasi, asma calcolosa, tosse calcolosa; comunque prescindendo dalle varie denominazioni essa non va certo ritenuta come una malattia a sè, individualizzata, ma bensì come un sintomo di lesioni croniche del sistema bronco-polmonare.

Riguardo alla natura di queste lesioni generatrici di calcoli la maggior parte degli AA. opina esser in giuoco la tubercolosi ed anzi il Bayle (1810) arrivò a distinguere fra sei specie di tisi polmonare, la tisi calcolosa; altri ricercatori invece ritengono sia da ricercarsi, come vedremo in seguito, in altre affezioni croniche dell'apparato bronco-polmonare.

Scorrendo le letteratura non molti sono i casi di calcolosi polmonare che vi si trovano descritti.

La prima osservazione la dobbiamo al Poulalion (1891) che descrisse dettagliatamente la storia clinica di un malato affetto da bronchite cronica il quale, ad intervalli, espelleva coll'escreato numerosi calcoli con crisi dispnoiche e dolorose. Col succedersi di tali accessi si venne stabilendo una cachessia progressiva con febbre etica ed il paziente dopo aver espulso circa un centinaio di calcoli venne a morte. L'autopsia rivelò a fianco di lesioni interstiziali ed ulcero-fibrose del parenchima polmonare, racchiudenti numerose concrezioni simili a quelle eliminate colla tosse, una granulia miliare recente, causa della morte.

Chevillot nel 1898 pubblicò un secondo caso di calcolosi polmonare nel corso di bronchiettasie multiple, con broncorrea. Si trattava di un malato affetto da bronchite cronica che dopo tre mesi di malattia cominciò ad aspettorare delle concrezioni calcaree e continuò con tale pneumolitorrea per circa 4 anni eliminando complessivamente trenta calcoli di differente volume.

L'esame chimico dei calcoli dimostrò prevalenza di sali di calcio e le ricerche batteriologiche permisero di mettere in evidenza qualche bacillo di Koch.

Successivamente Diamant-Berger (1906), Bickel e Grumman (1908) descrissero una sindrome polmonare acuta, febbrile, seguita dall'eliminazione, con escreato sanguigno, di calcoli e Morandi (1912) riportò la storia clinica di una paziente affetta da tosse insistente, dolori toracici e da una espettorazione abbondante contenente numerose concrezioni calcaree. L'ammalata dopo un anno quasi di tali disturbi fu colpita da una cospicua accentuazione dei fatti bronco-polmonari, che si risolse rapidamente in seguito ad una vera vomica di pus nel quale era contenuto un grosso calcolo.

Helbig nel 1916 illustrò un caso di litiasi polmonare in un uomo di 38 anni da ventidue anni colpito da enfisema diffuso e bronchite, che subiva ad intermittenza delle poussée febbrili, accompagnate da eliminazione di piccoli calcoli irregolari, di consistenza ossea. Una radiografia praticata in periodo di crisi mostrò numerose chiazze scure disseminate nel lobo superiore di destra della grossezza di una ciliegia sicuramente da ascriversi a concrezioni calcaree. L'esame istologico dei calcoli rivelò un quadro assai interessante di neoformazione ossea in seno al tessuto calcificato.

Batignè nel 1917 e Jacquerod nel 1922 descrissero entrambi un caso di tubercolosi in cui l'esame dello sputo, negativo per il bacillo del tubercolo, rivelava di quando in quando piccole concrezioni calcificate di modica consistenza. Una improvvisa accentuazione dei sintomi bronco-polmonari fu seguita da eliminazione di un calcolo di discreto volume ed in seguito il paziente mostrò un'apparente guarigione.

Recentemente Reumaux portò un contributo alla conoscenza della calcolosi polmonare facendo note quattro osservazioni personali di pneumolitorrea. In due malati esistevano bacilli di Koch nello sputo, nel terzo questi comparvero solo un anno e sei mesi dopo l'eliminazione dei calcoli e nel quarto erano stati riscontrati unicamente un anno prima dell'inizio della calcolosi.

Le lesioni polmonari in atto presentavano clinicamente, in tutti i casi, un carattere fibroso, torpido e le crisi di litiasi non ebbero su di esse ripercussioni dannose.

A fianco di queste forme di litiasi polmonare, caratterizzate dalla eliminazione di veri calcoli, se ne possono osservare altre, assai meno note, in cui non si ha l'espulsione collo sputo di calcoli ma bensì di altri elementi calcificati che sarebbero dal lato clinico a quelli equivalenti.

L'Ehrlich ed il suo allievo Dubinskoi fu l'unico autore che le illustrò mettendo appunto in evidenza l'interessante fatto che nel corso della tubercolosi si possono osservare, commiste collo sputo, delle formazioni calcaree di una determinata forma che egli raggruppò sotto il nome di tetradi. Tali tetradi di Ehrlich sarebbero formate da: *a*) frammenti calcificati, *b*) fibre elastiche calcificate, *c*) cristalli di colesterina, *d*) bacilli di Koch frammentati.

Ad esse l'Autore connette un importanza diagnostica e prognostica in quanto che dimostrerebbero l'apertura di vecchi focolai calcificati e sarebbero quindi l'esponente di un aggravamento dell'infezione in atto.

Come risulta dalla breve rassegna bibliografica riportata le manifestazioni di litiasi polmonare rappresentano indubbiamente un'eventualità piuttosto rara ma non per questo priva di interesse e tale da essere trascurata. Anzi sia per il fatto che ad esse si può connettere un certo valore prognostico nei riguardi del processo cronico polmonare in atto, sia per il non raro associarsi di alcune manifestazioni polmonari, la cui interpretazione altrimenti sarebbe ben differente, è consigliabile che siano tenute presenti dal medico onde venga ad esse connesso il loro giusto valore clinico.

È con tale intendimento che mi sono accinto ad illustrare gli unici due casi che ebbi campo di osservare e poter seguire accuratamente fra il gran numero di malati di tubercolosi a vario stadio avuti in cura, sia in questo Sanatorio, che in quello di Lanzo Torinese.

OSSERVAZIONE I. — Pietro C., età anni 28, nulla di particolare nell'anamnesi remota. Nel 1921 gli venne praticato un pneumotorace per fibro-caseosi apicale sinistra accompagnata da piccole emottisi. Dopo quattro mesi fu raggiunta la compressione totale del polmone con scomparsa dell'escreato purulento e dei bacilli di Koch precedentemente in esso contenuti. Condizioni generali in progressivo miglioramento, con cospicuo aumento del peso. Nel 1922 ebbe una pleurite dal lato del polmone compresso che si risolse dopo circa sei mesi. Nel novembre 1923 venne sospeso il pneumotorace ed il progressivo riespandersi del polmone non si accompagnò a manifestazioni patologiche di sorta; frattanto, però si venne stabilendo una progressiva sinfisi pleurica e su tutto l'ambito il respiro appariva assai oscuro, rude, non accompagnato da alcun rumore avventizio.

L'esame radiologico mostrò una velatura densa diffusa alla base di sinistra ed alcune chiazze a margini piuttosto netti in corrispondenza della regione subclaveare dello stesso lato, connesse mediante strie peribronchiali dipartentesi dall'ilo. Le condizioni generali del paziente erano sempre floride; il peso in aumento, l'escreato scarsissimo, negativo per il bacillo del tubercolo.

Il 12 marzo 1924 il malato appena alzato sotto l'impressione di avere qualche cosa di estraneo in gola ebbe alcuni colpi di tosse violenta ed eliminò con un po' di catarro muco-purulento un piccolo calcolo di consistenza dura, irregolare sulla superficie, di forma sferica e di color bianchiccio. Nella giornata non ebbe alcun disturbo particolare, nè all'ascoltazione del torace si rinvennero modificazioni patologiche.

Il 18 e 25 marzo due nuovi colpi di tosse violenta, sempre al mattino, appena alzato provocarono al malato l'espulsione di altri due calcoli pressochè simili al precedente.

All'esame fisico del paziente non si riscontrò nulla di speciale all'infuori di qualche fatto bronchiale sparso. L'esame dell'escreato si mantenne negativo per il bacillo di Koch, e disteso accuratamente sul porta-oggetti mostrava avvolti nei frustoli di catarro purulento vari piccoli granelli di colorito grigio chiaro. La reazione del Ross risultò positiva.

Nel mese di aprile l'a. continuò ad emettere col catarro mattutino numerosi calcoli (17) assai più piccoli dei precedenti ma presentanti i medesimi caratteri; l'eliminazione avvenne sempre senza alcun fenomeno concomitante ed il paziente se ne accorgeva per una sensazione che provava d'aver qualcosa di estraneo in gola. Dopo tale periodo di tempo cessò completamente la litorrea e non fu più possibile trovare nello sputo, che veniva accuratamente raccolto, altri calcoli od elementi calcificati anche colle reazioni microchimiche. Ripetuti esami microscopici del catarro sia diretti che dopo omogenizzazione non permisero mai di mettere in evidenza bacilli di Koch.

Il contenuto, nel sangue del malato, di calcio si mostrò di 8.8 mmg. %; quello del magnesio di 2.1 mmg. %.

L'esame radioscopico non rivelò nulla di speciale poichè causa la totale sinfisi pleurica stabilitasi a sinistra, l'ambito polmonare appariva omogeneamente opacato. Dal lato destro le piccole chiazze ilari precedentemente notate erano immutate.

L'esame chimico di un calcolo ha fornito i seguenti risultati:

Carbonato di calcio	280 mmg.
fosfato di calcio	351 »
carbonato di Mg.	15 »
fosfato di Mg.	8 »
acido silicico	14 »
grassi e colesterina	52 »
altre sostanze organiche	80 »
acqua	25 »
Peso totale	825 mmg.

Frammentai inoltre finemente in un mortaio di agata un altro calcolo aggiungendo a gocce soluzione fisiologica fino ad ottenere un'emulsione omogenea e parte la sottoposi ad esame microscopico per la ricerca dei bacilli di Koch e dei granuli di Much, parte la inoculai sottocute ad una cavia. Entrambe le prove ebbero esito negativo riguardo la tubercolosi.

A completare le ricerche praticai delle sezioni microscopiche di due calcoli previa decalcificazione con acido nitrico al 5 % ed inclusione in paraffina, e su di esse feci la colorazione all'ematossilina-eosina, il van Gieson, la colorazione delle fibre elastiche e quella del Ziehl-Neelsen.

Il quadro istologico mostrò un tessuto calcificato, granuloso, in seno al quale apparivano alcune fibre elastiche intrecciate sì da ricordare la disposizione perialveolare e nuclei cellulari picnotici.

L'ammalato venne dimesso dal Sanatorio circa sei mesi dopo. Durante tale periodo, i reperti polmonari si mantennero immutati, l'escreato non contenne più calcoli o formazioni calcificate e le condizioni generali subirono un continuo miglioramento.

OSSERVAZIONE II. — Antonio M., anni 25. Anamnesi remota muta. Nel 1918 ebbe pleurite essudativa a destra che reliquò un catarro bronchiale per il quale venne riformato dalle armi. Sottoposto nel 1919 a visita collegiale vennero riscontrati postumi pleurici all'emitorace destro ed una bronco-alveolite sclerosante all'apice di destra, confermata radiologicamente. Nell'escreato non furono riscontrati bacilli del tubercolo. Da allora le condizioni del paziente si mantennero invariate, eccezion fatta da alcune poussée bronchiali afebbrili che si manifestavano ad intermittenza specie nella stagione invernale. Nel 1921 fece cure elioterapiche con discreto risultato e nel 1922 fu sottoposto a trattamento tubercolinico (A. T.) che sopportò senza alcuna reazione spiacevole. Nel maggio 1923 entrò in Sanatorio. L'esame obbiettivo rivelò sclerosi dell'apice di destra e sinfisi pleurica basilare dal medesimo lato in soggetto in discrete condizioni di trofismo. L'espettorazione scarsissima, muco-sierosa, all'esame microscopico dimostrò mancanza di bacilli del tubercolo ed associazione microbica scarsa. L'esame radiologico confermò la diagnosi suesposta mettendo in evidenza un modico ingrossamento dei due ili particolarmente di quello di destra le cui arborescenze bronco-vasali apparivano molto evidenti ed accompagnate da qualche piccola ghiandola calcificata.

Verso la metà del mese di settembre l'ammalato riferì che da alcuni giorni aveva notato un

aumento del catarro e che provava una certa difficoltà ad espettorarlo. Invitato a mandare lo sputo in laboratorio lo si riscontrò ricco di muco, in cui stavan sospesi numerosi frustoli purulenti; tentando di strisciare questi ultimi su di un portaoggetti si notò che alcuni contenevano nel loro interno granelli di grossezza varia, non superiore ad un granello di miglio, di consistenza calcarea e di colorito grigio scuro. Qualche granello, esaminando minutamente tutto lo sputo, venne riscontrato pure libero, non avvolto da catarro. La contemporanea ricerca del bacillo del tubercolo riuscì negativa mentre le due reazioni microchimiche consigliate dall'Ehrlich, cioè quella dell'acido solforico e quella del Ross, risultarono positive confermando la natura calcica delle piccole concrezioni.

Venne raccolto giornalieramente tutto lo sputo emesso dal paziente ed in numero vario si continuarono a riscontrare i granelli sopra descritti.

Il 28 settembre scorrendo alcuni preparati di striscio dello sputo in cui si trovavano varii dei soliti granuli calcarei si osservarono alcuni ciuffi di fibre elastiche calcificate, variamente intrecciate, talora disposte a ventaglio, in alcuni punti granulose, moniliformi per la deposizione del calcio, formante come una specie di incrostazione avvolgente.

Il dosaggio del calcio nel sangue diede 9.1 mmg. %; quello del magnesio 2.5 mmg. %.

Frattanto l'espettorazione andò notevolmente aumentando ed assumendo un carattere nettamente purulento ed all'esame del paziente si notarono fatti bronchiali diffusi particolarmente a destra, verso la base.

Il 7 ottobre dopo alcuni accessi di tosse l'ammalato ebbe una piccola emottisi (20 cmc.) non accompagnata da rialzo termico; il 9 ottobre gli sputi sanguigni si ripeterono. Il giorno dopo, 10 ottobre, il paziente eliminò col catarro purulento due calcoli della grossezza di un cece circa, di durezza ossea a bordi irregolari e di colorito nerastro. Nella notte eliminazione di un altro calcolo pressochè simile ai due precedenti; la temperatura interna segnò qualche linea di febbre ed all'esame dell'ambito polmonare si riscontrarono numerosi sibili e ronchi nonchè gruppi di rantoli sottocrepitanti alla base di destra. Allo schermo cospicua accentuazione dell'ombra ilare a destra da cui si dipartivano a ventaglio strie bronchiali marcatissime.

Nei giorni successivi le condizioni si mantennero stazionarie; coll'escreato continuò l'eliminazione ad intermittenza di piccole concrezioni calcaree e di qualche fascio di fibre elastiche calcificate. Assenza dei bacilli del tubercolo.

Nella notte del 14 ottobre l'ammalato fu molto agitato ed accusando un dolore puntorio all'emitorace di destra lamentava un senso penoso di dispnea. Verso il mattino, facendo alcuni movimenti, fu assalito da ripetuti accessi di tosse stizzosa che andarono rendendosi vieppiù insistenti e penosi, sì che il paziente obbligato a star seduto sul letto era dispnoico e presentava una discreta cianosi al volto.

Coll'incalzare dello stimolo alla tosse in uno sforzo più intenso degli altri per espettorare venne colto da una specie di vomica di catarro purulento nella cui massa era contenuto un calcolo brunastro grosso come un mezzo fagiolo. Quasi subito l'ammalato provò un sollievo e potè riposare. In seguito rapidamente le condizioni migliorarono; l'espettorazione si ridusse pur contenendo ancora frammenti calcarei e qualche fibra elastica calcificata ed all'esame fisico si notò una progressiva risoluzione delle manifestazioni bronchiali. Allo schermo sempre accentuate le ombre ilari specie al lato destro e persistenza delle piccole chiazze calcaree già in precedenza rilevate.

Il 21 ottobre il paziente riprese la cura di veranda: l'espettorato era ridotto a tracce ed in esso non fu più possibile osservare sia all'esame macroscopico che a quello microscopico e microchimico elementi calcificati. Una minuta ed attenta ascoltazione del focolaio di sclerosi apicale, ripetuta per vario tempo, non permise di mettere in evidenza modificazioni di sorta che potessero far pensare a processi di riattivazione.

Uno dei calcoli sottoposto ad esame dimostrò la seguente costituzione:

Carbonato di calcio	0,167
Carbonato di Mg.	0,008
Fosfato di calcio	0,132
Fosfato di magnesio	0,002
Grassi e colesterina	0,041
Altre sost. organiche	0,050
Acqua	0,011
Perdita e sost. incalc.	0,007
	gr. 0,418

L'esame batteriologico di alcuni calcoli, previamente macinati e ridotti a consistenza sciropposa mediante addizione di soluzione fisiologica, diede esito negativo sia nei riguardi del bacillo del tubercolo che dei granuli di Much.

La prova biologica ripetutamente tentata inoculando particelle frammentate di differenti pneumoliti fu pur essa sempre negativa.

Allestii pure sezioni microscopiche dei due calcoli più grossi seguendo la tecnica già indicata e praticando oltre le solite colorazioni all'ematossilina-eosina e van Gieson quella delle fibre elastiche e dello Ziehl-Neelsen. Il quadro istologico mostrò un tessuto calcificato, granuloso, frammezzo al quale si notavano resti nucleari imperfettamente tinti, frammenti di fibre elastiche rese più tozze per l'incrostazione calcarea e l'assenza di bacilli del tubercolo.

Nei tre mesi che ancora il paziente trascorse in Sanatorio non vennero più riscontrate tracce di elementi calcificati nello sputo nè si manifestò riaccensione tubercolare alcuna. Le condizioni generali subirono un lieve progressivo miglioramento ed all'atto della dimissione si constatò un aumento di peso.

I presenti casi clinici mi portano a due ordini di considerazioni, le une riflettenti la calcolosi polmonare a sè come sindrome clinica accessuale, le altre inerenti ai suoi rapporti colla malattia fondamentale, causale, di cui essa non è che una delle manifestazioni.

Consideriamo quindi dapprima la sindrome calcolosa.

La sintomatologia che accompagna l'eliminazione dei calcoli polmonari può presentare due forme distinte. La più frequente è quella, direi quasi, attenuata, caratterizzata dall'espulsione del calcolo senz'altra manifestazione che un accesso

di tosse piuttosto insistente accompagnato da un dolore toracico fugace; dopo la tosse l'ammalato prova la sensazione d'aver qualcosa di estraneo in bocca e sputa la concrezione, indi non ha più alcun disturbo.

L'altra forma presenta invece un insieme sintomatico piuttosto acuto, episodico, caratterizzato da manifestazioni polmonari talora inquietanti che ben meritano la denominazione loro data dal Dieulafoy di « colica polmonare ».

L'ammalato accusa un violento dolore al torace, di sede variabile, ma più frequentemente retrosternale ed è colto da una dispnea intensa con sensazione di mancamento del respiro che lo rende agitato e talora cianotico. La tosse completa il quadro presentando un carattere spasmodico, ribelle, incessante; essa è accompagnata da catarro nettamente purulento, talora eliminato sotto forma di vere vomiche e non di rado accompagnato da qualche filetto di sangue.

La colica polmonare in genere è apirettica e solo in rari casi venne descritto un accesso febbrile (Morandi, Diamant-Berger) da ascriversi con tutta probabilità a complicazioni.

Queste ultime possono essere meccaniche (emottisi, asfissia) od infettive. L'emottisi probabilmente trae origine dal traumatismo determinato nel tessuto polmonare dalle asperità ed irregolarità del calcolo, meccanismo in altri termini analogo a quello delle ematurie insorgenti nel corso della litiasi renale. Il sangue eliminato in genere non è molto abbondante e per lo più appare poco prima della crisi. Alcune volte però l'emottisi può essere una manifestazione prodromica esplicantesi anche molto tempo prima dell'accesso di pneumolitiasi: nell'osservazione del Jaquerod delle emottisi frequenti e ripetute persistettero per cinque anni e non cessarono definitivamente che dopo l'espulsione di un calcolo di media grossezza. In tali casi non è improbabile che la natura dell'emoftoe più che meccanica sia da ritenersi di origine congestiva in rapporto a piccole poussée evolutive o ulcerative esplicantesi in seno al fofocolaio specifico.

L'asfissia per ostruzione di un bronco da parte di un calcolo voluminoso è un fatto rarissimo. Essa è progressiva, continua e conduce a morte dopo una lenta agonia (Tice). Frequenti invece sono le crisi asfittiche durante le quali l'ammalato cianotico fa perdere quasi ogni speranza, ma poi in uno sforzo supremo, con un colpo di tosse disperato, espelle il calcolo.

Come complicazioni infettive vennero segnalate: le bronchiti, le pleuro-polmoniti, l'ascesso del polmone, il piotorace. A vero dire però non è facile sceverare le complicazioni sopravvenute nel decorso della malattia causale da quelle di origine litiasica. Le citate malattie eccezion fatta dell'ascesso polmonare son complicazioni abituali della tubercolosi polmonare; esse si accompagnano spesso a violente crisi di tosse producenti nel tessuto polmonare scuotimenti assai violenti e tali da esser capaci di enucleare dalla sua loggia una calcificazione già parzialmente liberata dal processo ulcerativo delle lesioni circostanti. Una volta pervenuto nei bronchi il calcolo si comporterà come un corpo estraneo e determinerà una crisi di colica polmonare che cesserà colla sua espulsione.

Il numero dei calcoli eliminati nel corso di una crisi è in media di uno o due e solo raramente più elevato come in un caso del Reumaux che raggiunse la dozzina; il loro volume in generale è compreso fra quello di un grano di miglio e quello di un pisello, meno frequentemente maggiore sì da raggiungere perfino la grossezza di una nocciola come nell'osservazione del Morandi. La loro forma il più sovente è irregolare, anfrattuosa, coralliforme; altre volte più sferica, moriforme, simile all'aspetto di un tubercolo calcificato, eccezionalmente ramificata sì da rendere l'aspetto delle divisioni bronchiali. In quanto poi alla consistenza alcuni sono assai duri, interamente infiltrati dalle deposizioni calcaree di color grigio ardesiaco, altri invece di colorito biancastro si presentano più friabili. Sezionandoli nella parte mediana può risultare o una ripartizione omogenea dei sali calcarei sotto forma di varii strati concentrici, oppure una specie di scorza, di involucro calcareo periferico avvolgente un nucleo centrale liquido o caseoso. In quest'ultimo caso non è raro riscontrare all'esame microscopico qualche bacillo di Koch, le cui prove biologiche però, almeno nelle ricerche fin ora riportate, comprese le mie, sono sempre negative. L'esame chimico delle concrezioni ha dato risultati assai differenti, comunque comparando i dati degli altri Autori e quelli personali risulta che il fosfato ed il carbonato di calcio sono predominanti e che solo raramente si trova pure in notevole quantità il fosfato di magnesio e l'acido silicico. La quantità di materie organiche e dell'acqua varia entro grandi proporzioni in rapporto senza dubbio col grado vario di calcificazione.

L'esame istologico si può dire non fornisca nulla di caratteristico poichè si nota in seno ad un tessuto omogeneamente calcificato dei detriti amorfi e solo raramente elementi epiteliali e fibre elastiche. Un'interessante rarità è quella descritta dal Helbig che notò al centro del calcolo una ossificazione con neoformazione di corpuscoli ossei e canalicoli.

Riguardo alla patogenesi i calcoli vanno considerati come concrezioni calcaree dell'apparato

respiratorio liberantesi attraverso i bronchi ed eliminate colla tosse. La loro origine alcuni la riferiscono al deposito di sali calcarei nel contenuto di caverne, non più comunicanti coll'esterno per occlusione dei bronchi, altri all'espulsione di frammenti di zone di tessuto polmonare cadute in preda alla degenerazione caseosa e successivamente infiltrate dai sali di calcio, liberantesi in seguito a processi ulcerativi del parenchima circostante; altri ancora stimano che la formazione dei calcoli avvenga nell'interno dei bronchi specialmente quando esistono bronchiettasie o ristagno di secreto bronchiale. Meno frequente è la provenienza dei pneumoliti da ghiandole bronchiali calcificate che in seguito ad un processo di suppurazione si rompano e lascino fuoriuscire i loro concrementi nel lume dei bronchi, sostenuta dall'Elliot e dal Fox. Unica è rimasta l'osservazione del Sanden della provenienza da calcificazioni di un essudato pleurico.

La formazione delle pietrificazioni pleuro-polmonari è in rapporto da un lato a turbe nel metabolismo dei sali minerali normalmente contenuti nell'organismo e dall'altro lato ad una specie di attrazione che le lesioni croniche polmonari esercitano su detti sali. Tali speciali condizioni si osservano pressochè costantemente nel corso della tubercolosi polmonare cronica; infatti ben note sono le modificazioni del ricambio minerale nei tisici confermate ancora recentemente dai lavori del Weil, Muggia e miei (1); del pari è risaputo che le lesioni specifiche son ricche di tessuto fibroso e jalino, i quali hanno un'affinità particolare per i sali di calcio e che inoltre gli acidi grassi e la colesterina contenuti in grande quantità nei tubercoli degenerati fissano avidamente gli ioni calcici formando saponi insolubili.

Veniamo ora al quesito più importante e di maggiore interesse clinico e cioè a quello riferentesi ai rapporti tra litiasi polmonare e malattia causale ed al significato prognostico che essa può assumere sempre nei riguardi della malattia fondamentale.

Ho già più sopra ricordato che la maggior parte degli AA. ritiene essere la calcolosi polmonare alle dipendenze di un processo tubercolare ma che v'è per altro chi sostiene possa esistere una litiasi polmonare al di fuori della tisi.

Il Forget descrisse una litiasi polmonare primitiva simulante la tubercolosi, la quale pervenne a guarigione dopo espulsione di varie concrezioni calcaree. A tale osservazione però non si può connettere grande valore poichè a quell'epoca non si conosceva quasi il bacillo della tubercolosi ed il solo criterio seguito dall'A. fu quello della guarigione del paziente, criterio che come di leggeri si comprende oggigiorno è insostenibile.

Poulalion riprendendo le idee del Forget descrisse una pseudo-tisi calcolosa ma esaminando accuratamente la descrizione clinica del suo caso risulta che il malato morì di una poussée miliariforme confermata all'autopsia il che parlerebbe piuttosto in favore di una vera tisi.

Ho riportato più sopra le osservazioni del Morandi e Diamant-Berger in cui l'eliminazione dei calcoli non fu accompagnata da presenza di bacilli del tubercolo onde venne esclusa la natura tubercolare: troppo bene però sappiamo, ormai, come in assenza di un'osservazione clinica e batteriologica prolungata e di esami radiologici è assai difficile pronunziarsi sulla natura esatta di lesioni croniche del sistema bronco-polmonare; d'altronde non è detto che la presenza di bacilli debba forzatamente accompagnare le crisi di pneumolitiasi: i casi pubblicati dal Jacquerod e dal Reumaux come i due miei ne danno una conferma.

Fox connette un'importanza eziologica notevole alle bronchiti croniche ed alle dilatazioni bronchiali, però nel caso che illustra ritiene che i calcoli espulsi dal malato provengano da ghiandole calcificate che avendo usurato un bronco sarebbero stati eliminati dalla tosse.

Si è preteso che lesioni croniche come l'infarto, la cisti da echinococco, i focolai di broncopneumonite possano subire la trasformazione calcarea, ma mancano osservazioni d'espulsione colla tosse di calcoli riconoscenti tale natura.

Considerando frattanto che per aversi la formazione di focolai di calcificazione bisogna sia in atto un processo polmonare assai lento, torpido, tale cioè da permettere la trasformazione calcarea delle zone degenerate accompagnata da una reazione fibroplastica incapsulante circostante, se si escludono certi tumori (Virchow) e l'actinomicosi (Birsch-Hirschfeld) non si può pensare che alla tubercolosi.

D'altra parte, conviene non dimenticare che le forme di tubercolosi accompagnantesi a litiasi sono assai torpide, sclerosanti tali appunto da essere diagnosticate con difficoltà, solo dopo una lunga osservazione corredata da ripetute ricerche di laboratorio e radiologiche.

Appare quindi quanto difficile sia l'affermare l'esistenza di una litiasi polmonare primitiva, indipendente da tubercolosi e come non ci si possa facilmente associare al Niemeyer quando dice che « la più disgraziata sorte che può capitare ad un pseudo-tisico polmonare d'origine calcolosa sia quella di divenire tubercoloso ».

---

(1) C. VERDINA. Comunicazione Reale Accademia di Medicina di Torino. Seduta 30 maggio 1924.

Premessa quindi la pressochè esclusiva importanza della tubercolosi nella comparsa delle crisi di litiasi polmonare viene naturale il chiedersi e l'indagare quale ripercussione essa esplichi sul focolaio specifico, sia pur esso obsoleto, e se, nei riguardi di quest'ultimo, sia ad essa da connettersi un significato prognostico speciale.

Secondo Poulalion il giudizio prognostico lontano della pneumolitiasi nei tubercolosi sarebbe sfavorevole « poichè se pure tale manifestazione fornisce la prova che il malato ha avuto capacità di guarire i suoi tubercoli, tuttavia dimostra che le lesioni ulcerative si sono stese.

Jaquerod ritiene che le emottisi di origine calcolosa hanno una influenza decisamente sfavorevole sul decorso della lesione specifica polmonare, poche sarebbero l'espressione d'una poussée congestiva od infiammatoria.

Ehrlich sostiene che la presenza delle tetradi nello sputo sia sempre l'indice dell'apertura di vecchi focolai calcificati e quindi il segno che il processo infiltrativo va aggravandosi ed estendendosi.

Tale esclusivismo prognostico nettamente sfavorevole però non credo sia applicabile a tutti i casi tanto più che non è affatto confermato dalla descrizione delle osservazioni cliniche riportate nella letteratura nè da quelle da me più sopra illustrate.

D'altronde, considerando attentamente la questione, appare chiaramente come di fianco alla possibilità che l'eliminazione del calcolo sia realmente da mettersi in rapporto con una poussée evolutiva che ha reso libero il focolaio polmonare calcificato, ulcerando il tessuto circostante, possa pure darsi l'eventualità che la concrezione calcarea provenga da una caverna o da una dilatazione bronchiettasica dove o si sia addirittura originata o già da tempo trovavasi libera.

Ne consegue che nel primo caso l'espulsione del calcolo colla tosse ha significato di attività germinativa in seno alle lesioni specifiche, quindi comporta un giudizio prognostico poco favorevole; nel secondo caso invece non è per nulla da connettersi con riattivazione di focolaio, donde una prognosi buona.

Tale differenziazione non è possibile che seguendo, spogli d'ogni preconcetto assolutismo, il malato poichè nel caso di riaccensione infiltrativa dei focolai specifici abbiamo la comparsa di sintomi e manifestazioni più o meno evidenti che ci testimoniano la riattivazione del processo tubercolare, nel secondo caso invece ci si trova di fronte a manifestazioni accessuali pressochè simili a quelle che danno i corpi estranei del polmone (emottisi, vomoche, ecc.) le quali scompaiono completamente coll'espulsione del calcolo.

L'affermazione quindi che la presenza nello sputo di calcoli o di altre concrezioni calcaree stia necessariamente ad indicare un'apertura di focolai calcificati e di conseguenza rappresentanti un aggravamento in atto non può essere sostenuta. Nella pratica converrà attenersi nel giudizio prognostico lontano della calcolosi polmonare anzichè ad eccessivi assolutismi non troppo fondati ai criteri forniti dall'esame del paziente i quali connessi colle manifestazioni calcolose danno la possibilità di orientarsi esattamente non dimenticando frattanto che in ogni caso ci si trova di fronte ad un organismo che reagisce efficacemente all'infezione bacillare poichè i calcoli dimostrano che esso è stato capace di incapsulare e calcificare i propri focolai tubercolari.

BIBLIOGRAFIA.

P. BATIGNÉ. Revue internationale de méd. et de chir. Paris, 1917, pag. 67.
L. BESNIER. Bull. et mémoires de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris, 1865, t. II, p. 19.
A. BICKEL und E. GRUMMANN. Berliner Klin. Wochenschr., 6 gennaio 1908.
A. CADE, J. GUERIN. Lyon médical, 1914, pag. 225.
I. CHEVOLLOT. Journal des praticiens, Paris, 1898, p. 429.
ID. Année médicale de Caen, 1898, pag. 73.
DIAMANT-BERGER. Revue international de la tuberculose. Paris, 1906, pag. 263-264.
G. DIEULAFOY. *Manuel de patologie interne*. Paris, 1901, t. II, pag. 385.
B. N. DUBINSKOI. Vratisloe Delo, n. 1, pag. 38, 1924 Carkoff.
C. EHRLICH. *Sulle formazioni calcaree nello sputo nella tubercolosi polmonare*, tesi Carkoff, 1920.
A. R. ELLIOT. Journal medical Assoc. Chicago, 1922, pag. 1311.
A. FRAENKEL. Bullettin médical, Paris, 1889, pagina 267.
FORGET. Union médicale, 1884, t. VIII, n. 122, pagina 497.
FOX. Journ. medical Assoc. Chicago, 1923, pag. 175.
A. GERHARZT und STRIGEL. Brauer's Beiträge zur Klin. der Tuberkulose, vol. X, n. 1.
M. HELBIG. Münchener mediz. Wochenschr., 1916, pag. 1483.
H. HOESSLIN. *Das Sputum*, 1922, Spinger, Berlin.
JAQUEROD. *Etudes sur la tuberculose* (5° S.) *de la Station climatique de Leysin*. Paris, 1922, p. 127.
MAVERS and WELLS. The american review of tubercolosis, vol. VII, n. 1, pag. 1, 1923.
U. MORANDI. Gazzetta degli ospedali e delle cliniche, n. 7, pag. 65, 1912.
BERG-NILSSEN. Norsk mag. for Laegevidenskaben Kristiana, 1907, 5, R. V., 653.
POULALION. *Les pierres du poumon, de la plèvre et des bronches*. Thèse de Paris, 1890.
L. REUMAUX. *Contribution à l'étude de la lithiase pulmonaire*. Paris Thèse, 1924.
TICE. London medical chir. transaction, 1920.
TUFFIER. Bull. et mémoires de la Soc. de chirur. de Paris, 1909, pag. 503.
VIRCHOW. Kalk-Metastasen in arch. für pathologische anatomie und physiol. und für Klinische med. Berlin 1855. VIII Band. S. 103; IX Band. S. 618.

NOTE E CONTRIBUTI.

Un caso di Kala-Azar in una donna di 23 anni

per il dott. PIETRO TIMPANO, Reggio Calabria.

Il Kala-azar o leishmaniosi interna non è più una malattia così rara come si riteneva fino a pochi anni fa. Dall'epoca in cui il Pianese riscontrò a Napoli il primo caso (1905) ad oggi, il numero delle osservazioni è andato rapidamente crescendo, sopratutto nei paesi più meridionali d'Italia.

Un'estesa letteratura esiste già sull'argomento, non solo riguardo alla biologia del parassita (leishmania infantum), ma anche riguardo all'epidemiologia, al decorso clinico e alla terapia. Ma lo studio clinico di una malattia, specialmente se poco comune, non può esaurirsi alle prime osservazioni.

Gli studiosi delle malattie esotiche avevano già stabilito che il Kala-azar nei paesi della zona mediterranea è malattia dei bambini e della prima infanzia, mentre nelle Indie colpisce gli individui in tutte le età.

Per la leishmaniosi interna delle Indie si pa- ancora da alcuni autori di una *specie parassitaria* diversa: *leishmania Donovani*, senza che, però, si sia recato il conforto di sufficienti prove scientifiche.

Il caso, di cui verrò esponendo la storia clinica, mi sembra interessante appunto perchè dimostra che da noi il Kala-azar può colpire gli adulti, e perchè si presta, nei riguardi della terapia, ad alcune importanti considerazioni.

M. A., di anni 23, maritata senza prole, da San Lorenzo (Reggio Calabria). Gentilizio negativo. Niente di importante nell'anamnesi personale remota. Due anni fa ebbe un aborto. D'allora cominciò ad accusare debolezza generale, inappetenza e febbre irregolare. Nel dicembre 1923 le febbri aumentarono d'intensità e l'ammalata divenne pallida e sempre più debole.

Nel dubbio di lues, un distinto medico le praticò un'iniezione endovenosa di novarsenobenzolo (gr. 0.15). Successivamente ebbe vertigini, stanchezza notevole, palpitazione, diarrea. In seguito si fece fare 20 iniezioni di bicianuro di mercurio. Le febbri continuarono, come prima, irregolari e lo stato generale non subì alcun miglioramento. Venne provata la chinina per via ipodermica per molti giorni e poi la mistura Baccelli. La febbre subì qualche lieve remissione, ma non cadde mai. La debolezza e il pallore si accentuarono sempre più. Il 19 maggio 1924 venne a farsi visitare.

E. O. Costituzione generale assai scadente, colorito della cute giallo cereo.

Sistema glandolare: alcune glandole nelle regioni latero cervicali e inguinali, molli e spostabili, indolenti.

Apparato respiratorio: nulla di notevole.

Cuore: soffio dolce sistolico alla punta.

Addome: milza molto tumefatta. Il bordo inferiore sorpassa di quattro dita la linea ombelicale traversa. I margini sono rotondeggianti, la superficie liscia, la consistenza piuttosto dura. La palpazione provoca dolore. Non si notano pulsazioni di sorta.

Fegato: debordante dall'arco costale di circa due dita.

Edemi ai malleoli.

Esame delle urine: D 1021, albumina assente, zucchero assente, urea 13.20%. Nulla di importante nel sedimento.

Esame del sangue periferico: assenza di parassiti della malaria e di leucociti malaniferi. Leucopenia, notevole oligocitemia.

Esame del succo splenico: quattro preparati colorati col May-Grunwalds-Giemsa: in tutti ho notato la presenza di *numerose leishmanie*.

L'inferma si lagna di anorresia, ronzii alle orecchie, sensazioni di vertigini, facili palpitazioni, di stitichezza alternata a diarrea.

Il 31 maggio inizia la cura endovenosa di tartaro stibiato.

È il primo caso, se non mi inganno, di leishmaniosi viscerale in individuo adulto (23 anni) che si osserva nei paesi dell'Italia meridionale e insulare. Casi di leishmaniosi in individui dell'età di 13 a 14 anni ne vidi già due: uno nel 1913 a Melito P. Salvo (Reggio Calabria) pubblicato in « *Malaria e malattie dei paesi caldi* », anno IV, fasc. IV, e uno in quest'anno, in persona di una giovinetta di Bagaladi (Reggio Calabria), attualmente in cura nell'ospedale « Garibaldi » di Melito P. Salvo. Un caso osservò Lacava in una giovinetta di 14 anni (Vedi atti della Società Italiana fra cultori delle malattie esotiche, pag. 127, Messina 1913).

Ora c'è da domandarsi: esistono anche da noi le *leishmanie delle Indie*, ossia la specie di *leishmania Donovani*, ovvero la presenza contemporanea di casi di leishmaniosi viscerale tanto nei bambini quanto negli adulti parla a favore di una *specie unica di parassiti?* Questa seconda ipotesi sembra la più fondata.

Per quanto riguarda la terapia, il tartaro stibiato, che rimane ancora l'unico rimedio efficace contro la leishmaniosi, si suole somministrare nei bambini fino a tre anni alla dose di 2-5 cmc. della soluzione all'1%, per via endovenosa, e nei ragazzi, alla dose di 2-7 cmc. Le iniezioni si praticano con due giorni di intervallo.

Vi sono, però, degli esempi recenti che dimostrano come si siano iniettati nei ragazzi anche 10 cmc. della soluzione sopra indicata. Le albuminurie, che spesso insorgono durante la somministrazione del tartaro stibiato, se consigliano il medico di andar cauto e di sospendere, quando occorre, la cura per alcuni giorni, non devono destare esagerati timori e costringere il medico ad abbandonare, senz'altro, un trattamento veramente specifico.

Un'altra domanda sorge spontanea: e fino a che punto possono essere superate le dosi ordinarie di tartaro stibiato e il titolo di concentrazione della soluzione?

Il caso sopradescritto dimostra la tolleranza del tartaro stibiato somministrato a dosi più elevate e in soluzioni più concentrate del solito, a giorni alterni. È vero che non si tratta di una bambina, ma di una donna dell'età di 23 anni, ma è vero anche che il tartaro stibiato è un rimedio eroico, di cui è noto il potere tossico nell'organismo umano, e il suo impiego richiede sempre attenzione non solo per ciò che riguarda le proporzioni delle dosi, ma anche la preparazione delle soluzioni, la qualità del farmaco, l'attività del ricambio e la funzionalità renale.

Io ho cominciato con l'iniettare 2 cmc. della soluzione di tartaro stibiato al 2% ed ho elevato la dose progressivamente fino ad iniettare 5 cmc. della soluzione al 4%. Ho fatto complessivamente 16 iniezioni nelle vene della piega del gomito ed ho iniettato gr. 1.97 di tartaro stibiato.

Le iniezioni, come ho già detto, le ho praticate a giorni alterni.

La tolleranza da parte dell'inferma è stata incoraggiante. I ripetuti esami delle urine non hanno dimostrato mai presenza di albumina o altro di notevole. Solamente dopo le iniezioni di 12-15 e 20 centgr. di tartaro stibiato l'inferma è stata colta, più di una volta, ora da senso di bruciore alla gola, ora da vomito, ora da leggero raffreddamento delle estremità, da lieve diarrea e da capogiri. Il polso si è mantenuto sufficientemente valido e mai si sono verificate aritmie. I disturbi hanno avuto sempre breve durata.

La febbre, dopo 29 giorni, cadde definitivamente. L'ammalata, dopo avere riposato una settimana, ha iniziato cure ricostituenti con preparati di ferro, di arsenico, di lecitina, che ha continuato per più mesi. Le mestruazioni, che dal dicembre 1923 al luglio 1924 mancavano del tutto, sono tornate nell'agosto del 1924 e continuano tuttora regolari.

Il 3 novembre visito ancora la M.: è ben nutrita, ha colorito roseo, il fegato è nei limiti normali, la milza deborda di qualche dito dall'arco costale e non è dolente.

È opportuno ricordare, a proposito della tolleranza del tartaro stibiato, che alcuni farmacologi hanno osservato che mentre con la somministrazione di 5 centigr. sciolto in un litro di acqua, da bere a bicchieri, si può provocare diarrea senza vomito, con la somministrazione di 30 centgr. a 1 gr. in 125 gr. di acqua, da prendere a cucchiaini di ora in ora, non si provoca nè diarrea nè vomito.

Ma a parte ogni considerazione farmacologica, è fuor di dubbio che per la tolleranza del tartaro stibiato è sopratutto necessario che questo sia puro e conservato in vasi ben chiusi, che la soluzione sia preparata di recente e accuratamente sterilizzata, che non vi siano alterazioni del ricambio o lesioni renali. Alla purezza del farmaco e alla freschezza della soluzione, oltre che alla mancanza di disturbi renali e del ricambio, io credo di dovere attribuire in massima parte la buona tolleranza del tartaro stibiato nella M.

Dall'osservazione clinica sopracitata si deduce:

1° che anche nei paesi del Mediterraneo esistono casi di leishmaniosi interna negli adulti come nei bambini.

2° che il tartaro stibiato può essere somministrato a dosi alte e in soluzioni concentrate, purchè si abbia cura di adoperare prodotti puri e soluzioni recenti, e non vi siano speciali controindicazioni.

3° che gli effetti terapeutici sono più pronti e sicuri con la cura intensiva del tartaro stibiato.

BIBLIOGRAFIA

BASILE C. — *Leishmaniosi interna*. Annali d'Igiene, 1916.
ID. — *Diagnostica delle malattie parassitarie*, 1923.
DI CRISTINA e CARONIA. — *Sulla terapia della leishmaniosi interna*. La Pediatria, fasc. 2, vol. XXIII.
ID. — Malaria, fascicolo 4, 1916.
DI CRISTINA. — *Atti del VI Congresso Medico Siciliano*. 23-26 aprile 1921.
CANNATA. — Ibid.
FOTI E JAVARONE. — *Contributo statistico-clinico sulla terapia specifica della leishmaniosi interna*. La Pediatria, fasc. XXIX, 1921.
GABBI U. — *Trattato di Patologia esotica*. 1923.
JEMMA R. — *Considerazioni sulla diagnosi e terapia della leishmaniosi infantile*. La Pediatria, fasc. XII, 1923.
LA CAVA F. — Atti della Società Italiana fra cultori delle malattie esotiche. Messina, 1913.
MENSE C. — *Trattato delle malattie dei paesi tropicali*.
NASSO E MALLARDI. — *Stibioresistenza e stibiointolleranza nella cura della leishmaniosi infantile*. La Pediatria, fasc. II, 1923.
PASTORE. — *Chemoterapia della leishmaniosi interna*. La Pediatria, fasc. II, 1919.

COMMENTI.

Immunità da infezioni chirurgiche.

Nell'articolo del dottor Segre comparso nella Sezione Pratica del *Policlinico* del 9 febbraio c. a. c'è un punto che, potendo creare confusioni, mi spinge ad interloquire.

Il Segre afferma che un'infezione chirurgica guarita non conferisce immunità. Siamo d'accordo: l'osservazione di tantissimi casi ce lo dimostra. Ma il disaccordo nasce sull'interpretazione.

Egli dice che i germi dell'infezione chirurgica locale non danno immunità generale « perchè sono meno accessibili dei germi dei vaccini alle sostanze di difesa dell'organismo » e crea in tal modo una distinzione netta tra il meccanismo della vaccinazione i cui germi sono accessibili, ecc., e quello della infezione chirurgica.

Ma non si dispiaccia il collega se gli ricordo (lascio da parte il tipo di immunità di Solieri, in cui i germi diventerebbero accessibili) che non i germi ma le loro tossine stimolano i poteri di difesa dell'organismo, e tossine batteriche oltrepassano il focolaio chirurgico, e potrebbero quindi provocare le suddette difese, come in realtà fanno, se no non avremmo guarigione.

Ma, si dice, l'immunità, dopo la guarigione, non c'è.

L'immunità non ha valore assoluto: può durare tutta la vita, può durare pochi anni, pochi giorni. È questione di grado. Ma il meccanismo difensivo dell'organismo è sostanzialmente uguale tanto nelle infezioni locali quanto nelle generali e nella vaccinazione. Ciò sarà dovuto alla diversa qualità delle tossine, alla varia esauribilità dei germi, al loro differente potere di acclimatamento. Così nelle vaccinazioni preventive contro il tifo, il colera, il vaiolo abbiamo un'immunità di pochi anni, mentre essa dura quanto la vita nelle vaccinazioni consecutive ad una malattia esantematica superata. Viceversa altre infezioni vinte, anche se molto gravi, e anche se si è ricorso alla vaccinoterapia, possono recidivare più volte: pneumonite crupale, eresipela, foruncolosi, favi. È una caratteristica delle infezioni da cocchi, di non dare un'immunità duratura.

Dal punto di vista pratico quindi occorrerebbe vaccinare di frequente l'organismo contro le infezioni da cocchi se si volesse renderlo immune da queste.

Dott. FRANCESCO LECCISO.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

I falsi neurastenici.

(M. KOBYLINSKY. Tip. Marsano, Genova 1924).

V'è una malattia che il pubblico e molti medici gravano ogni giorno di un peso ingente, addossandole forme morbose di patogenesi assai diversa: è questa la neurastenia di Beard. È bene che queste false incrostazioni le quali hanno fatto assumere al quadro neurastenico una grande vastità, vengano a cadere e che il nucleo originario, già di per sè stesso abbastanza complesso, riappaia nella sua integrità. Non pochi dei così detti neurastenici non sono altro che dei ciclotimici iniziali, oppure individui che si trovano nel primissimo stadio della demenza precoce e così via. Si dimentica cioè che, di frequente, molte psicosi e non poche malattie organiche del sistema nervoso incominciano con disturbi assai vaghi e generici, che hanno qualche affinità, per la loro indeterminatezza, con quelli della neurastenia. Accade per tal modo che si ingrossano erroneamente le file dei neurastenici, e si possono avere d'altra parte conseguenze esiziali sul futuro decorso delle singole malattie. È opportuno quindi che anche il medico pratico abbia una qualche conoscenza dei quadri patologici che esorbitano dalla neurastenia propriamente detta, in quanto che la terapia più proficua è quella che deriva da una diagnosi precoce e precisa. L'A. si limita qui a trattare la ciclotimia, la psicastenia, la logopatia richiamando l'attenzione sui caratteri psicopatologici di questi falsi neurastenici.

Uno dei tipi meno riconosciuti dal medico pratico è il *ciclotimico*, che vagabonda dall'uno all'altro dei gabinetti medici, prima di cadere nel girone manicomiale. È un individuo nel quale l'energia psichica subisce oscillazioni quantitative ora lente ora rapide; egli stesso descrive le angustie del suo spirito in modo così nitido e stereotipo che, al racconto di una fase, si intravede e si presenta quella successiva. Accusa un senso vago di tristezza, a cui tien dietro un senso penoso di angoscia che vela l'avvenire di fosche tinte. Si sente come estraneo al mondo che lo circonda e, rotte le fila della trama che lo legava agli altri, si ripiega su di sè stesso e si sprofonda poco a poco in un'autoanalisi continua, minuta, scoraggiante. Viene così alla convinzione dell'inutilità della propria esistenza ed è questo che conduce talora il malato in questa fase iniziale al suicidio. Alla depressione emozionale, si accompagna un rallentamento delle funzioni intellettive, di cui il malato ha coscien-

za, ed un indebolimento della volontà, in generale anzi, un intoppo psicomotorio, per cui l'individuo accusa una certa difficoltà nel mettere in azione i propri meccanismi muscolari.

A questo periodo, più o meno fugace, subentra un quadro del tutto diverso, caratterizzato da animazione emozionale, da acceleramento dei processi intellettuali e da agitazioni psicomotoria. Elevatissimo il tono dell'umore e, per ciò che riguarda i processi intellettivi, una leggerezza ed una celerità che gli erano ignote. L'eloquio è facile pronto, l'attività muscolare è instancabile ed inesauribile. Non tarda poi a seguire un periodo di defervescenza emotiva intellettuale e motoria ed infine una fase di calma, fino a che un'altra volta ritorna la scontentezza, il torpore, l'abulia.

Accanto alla depressione emozionale può osservarsi l'erompere improvviso di un eccitamento che interessa però la sola sfera intellettiva. Ma, sopra il torbido incalzarsi di idee, di rappresentazioni e di associazioni, aleggia e domina pur sempre lo stato affettivo che dà al quadro movenze e tinte sue proprie. Così pure, nella fase depressiva può aversi un'eccitazione nel campo della volontà e della sfera psico-motoria; l'individuo si prodiga in movimenti e, nella medesima stanchezza, pare che cerchi di stordire e di esaurire l'eccitamento che lo turba. Di solito però i tre sintomi accennati si trovano tutti raggruppati.

Vi sono poi stati ciclotimici poco accentuati, in cui i disturbi sono assai vicini allo stato di normalità e sorge allora il problema se cioè si tratti di alcunchè di analogo all'attività psichica dei normali od invece di una vera anomalia nella distribuzione dell'energia psichica. In realtà, le oscillazioni dell'umore che si osservano nei normali, anche se presentano un certo ritmo, hanno una periodicità meno regolare e sono alla dipendenza di cause visibili, di drammi intimi, di delusioni naturali e così via.

Il periodo di eccitazione della ciclotimia può essere contrassegnato da un'efflorescenza creatrice a cui la società deve talvolta il dono di veri e proprii valori intellettuali ed artistici. Lo studio diligente della vita di non pochi uomini celebri dimostra in essi un avvicendarsi di fasi a tonalità diversa, cioè di vere fasi ciclotimiche e ad esse si debbono attribuire i frutti svariati e, spesso, opposti della loro produzione.

Nel gruppo dei *psicastenici*, la coscienza è invasa da idee e da rappresentazioni in contrasto col contenuto della coscienza stessa e l'*io* cosciente che vede estendersi queste idee ossessive fastidiose e dannose, lotta contro tale inframmettenza ma, troppo spesso, invano. Una volta entrate nella coscienza, le idee ossessive scompigliano e sovvertono il naturale funzionamento del processo associativo. Le rappresentazioni ossessive sono accompagnate da uno stato emozionale così forte che ogni freno della critica individuale si allenta e si rompe. Questo stato emozionale si presenta in forma di paura e di terrore per qualche oggetto, per qualche animale, per qualche atto da compiere, paura che lo stesso psicastenico riconosce infondata ed assurda, ma di cui non riesce a liberarsi.

Il psicastenico è dunque contraddistinto da tale paura esagerata, dalla diffidenza patologica, dai dubbi e dalle continue oscillazioni, a cui si aggiungono una scrupolosità ed una pedanteria all'eccesso e la piena consapevolezza delle proprie stranezze e dei proprii mancamenti psichici. A ciò si accompagna l'integrità del senso morale che può anche ipertrofizzarsi in un altruismo a tinte patologiche. Nella prolungata e segreta lotta cosciente fra il senso morale e la vitalità di ordine inferiore, queste linee e queste tinte di morbosità compaiono e si approfondiscono nella psiche del soggetto.

Una scena opposta ci si presenta nella *logopatia* (psiconeurosi ragionante dei francesi). Il logopatico non ha dubbi, non ha incertezze: i suoi atti non svegliano in lui alcuna titubanza, non lo arrestano un istante nell'eloquio, nella vita psichica. Il suo ragionamento, però, ha basi artificiose e fragili; balza subito ai nostri occhi la sua inclinazione al paralogismo. Le sue vedute sono unilaterali, le sue concezioni fondate su elementi semplici e banali e, pur quando il ragionamento sembra assumere un contenuto di originalità, di rado si riscontra una vera rispondenza con la realtà esterna e, ancor più raramente un nucleo sostanziale di qualche valore.

Alla diminuzione del senso critico, si aggiunge un difetto più o meno profondo del senso morale, che lo spinge talvolta su vie pericolose; un numeroso gruppo di prodighi dissipatori, che giustificano con sottigliezza i loro trasporti nella vita quotidiana, appartiene a questa categoria. Si ha inoltre un certo grado di eccitamento dell'attività psichica, sicchè il logopatico è pronto ad agire, sempre affaccendato, tumultuoso, da egoista o da falso altruista, sostenendo con fine dialettica la sua maniera di comprendere la vita.

È necessario che il campo della neurastenia sia anzitutto sgombrato da queste entità morbose che, all'inizio del loro sviluppo, possono avere qualche somiglianza fisionomica con la malattia di Beard; il medico ne deve cogliere, non tanto le linee uguali, ma quelle discordanti.

Sulla esatta diagnosi, si fonderà la terapia, non a base dei soliti ricostituenti, sedativi ed

ipnotici, ma mediante un trattamento psichico razionale adatto alla mentalità del singolo individuo e posto in opera con sagacia e pazienza da uno specialista.

FILIPPINI.

La pallestesia. (1)

(FELSANI e SARNO. *Neurologica*, 1924, n. 3).

Gli AA. si occupano diffusamente dell'argomento, citando e confutando le opinioni di numerosi Autori che se ne sono occupati e riportando le loro osservazioni personali. Ancor oggi si discute se lo stimolo determinato dal diapason vibrante sia localizzato (Egger), o si trasmetta a distanza (Minor); si discute se la percezione spetti alla cute (Treitel, ecc.), o al periostio e all'osso (Egger, Frank), o a tutti i tessuti profondi (Seiffer), o anche ai superficiali (Becterew), o ai tronchi nervosi (Noischewsky). Si discute anche se la pallestesia debba considerarsi come una speciale forma di sensibilità o se debba considerarsi come una forma di sensibilità *mista*, cioè come un'associazione delle diverse forme di sensibilità elementari, superficiali e profonde.

Quest'ultima opinione sembra la più attendibile; sembra anche che lo stimolo si trasmetta in prevalenza per la via del tessuto osteo-periosteo, senza però potere escludere che vi prendano parte anche gli altri tessuti.

Sarebbe troppo lungo riferire le esperienze compiute dai numerosi autori, le opinioni da loro emesse, le discussioni sorte allo scopo di armonizzare tra loro ipotesi disparatissime.

Ci limiteremo a ricordare che Frank, autore di un recentissimo lavoro sulla pallestesia, sostiene che gli stimoli vibratori si trasmettono attraverso fibre nervose periostee a ciò specialmente deputate; che le fibre destinate a trasmettere gli stimoli pallestesici attraversano le corna anteriori e ascendono nel fascio piramidale laterale omolaterale; che i disturbi della pallestesia sono precoci e costanti (più del Babinski) nelle lesioni del fascio piramidale; che le fibre conduttrici pallestesiche decorrono nel *cavo motorio* del tronco nervoso periferico e che prima di penetrare nel midollo spinale esse, assieme alle altre fibre sensitive, vanno alle radici posteriori; che, probabilmente, il centro della sensibilità vibratoria è posto nel *girus postcentralis* o nel resto del *lobus parietalis*; che la gravità dei disturbi pallestesici è in rapporto col numero dei nervi lesi e colla gravità delle loro alterazioni.

Felsani e Sarno per molteplici osservazioni e considerazioni non possono esser d'accordo con lui; per brevità riferiremo le conclusioni alle quali questi due autori sono pervenuti, non potendo intrattenerci sulla discussione, data l'indole pratica di questa sezione del giornale:

1) La pallestesia è una speciale maniera di percezione di uno stimolo complesso di tatto e di pressione a rapida interruzione; esso stimolo si trasmette attraverso le vie comuni della sensibilità generale;

2) Le variazioni pallestesiche sono in rapporto alla diversa conducibilità nervosa, alle condizioni fisiche dei tessuti che le onde vibratorie debbono attraversare e alla natura dello stimolo meccanico;

3) La prova pallestesica ha importanza diagnostica e prognostica quando, in caso di gravi paralisi che non abbiano colpito tutto il segmento in esame, permane la conduzione della vibrosensibilità, pur avendosi la R. D. all'esame elettrico;

4) La percezione della sensibilità vibratoria subisce, anche in soggetti normali, delle variazioni notevoli a seconda dell'intelligenza e della reattività fisiologica del soggetto in esame.

Ne consegue che il risultato della prova pallestesica dev'essere volta per volta vagliato insieme agli altri segni.

ALFREDO PARLAVECCHIO.

(1) La pallestesia o sensibilità vibratoria fa parte del gruppo delle sensibilità profonde. L'esame di essa, introdotto da Egger, si pratica con un diapason vibrante che viene applicato sulle superfici ossee facilmente accessibili (piede, ginocchio, clavicole, ecc.). Le vibrazioni del diapason determinano nel soggetto in esame una speciale sensazione di ronzio, di durata e intensità variabili a seconda dei casi. Confronta il presente articolo per quanto si riferisce alle vie di trasmissione dello stimolo vibratorio e al valore da attribuire ai disturbi pallestesici.

A. PARLAVECCHIO.

VIE URINARIE.

Le infezioni urinarie croniche da colibacillo.

(J. THOMSON-WALKER. *The Practitioner*, marzo 1925).

Se ne distinguono 3 tipi clinici:

1) cistite cronica;

2) cistite e pielite ricorrenti;

3) bacilluria con tossiemia generale.

La cistite cronica, più frequente nelle donne, è caratterizzata dalla pollachiuria, sulla quale non di rado esercita notevole influenza lo stato mentale del malato, volto tutto alle proprie sofferenze vescicali.

Il dolore è frequente, ma l'uretroscopia non mostra alcuna alterazione notevole, eccettuata una modica tumefazione della mucosa. Di tanto

in tanto può sopravvenire una lieve recrudescenza della malattia, con febbre, dolori lombari e muscolari.

Una cistite che si sviluppa gradatamente in individuo vecchio e si cronicizza, accompagnata o non da ematuria, deve far pensare sempre al medico pratico all'eventualità di un neoplasma.

La cistite e pielite ricorrenti possono presentarsi tanto in soggetti la di cui urina tra un attacco e l'altro resta settica, quanto in soggetti con urina perfettamente sterile negli intervalli. In questo secondo caso bisognerà pensare o che permangono in un punto delle vie urinarie dei focolai di sepsi, i quali periodicamente si aprono svuotandosi del loro contenuto, o che si riproduca di tanto in tanto una nuova infezione per condizioni morbose croniche della vescica.

La bacilluria non è data sempre dal colibacillo, ma tale germe è quello che con più frequenza si ritrova nelle urine, le quali appaiono torbide e di odore nauseabondo, con presenza di scarsi leucociti e cellule di sfaldamento delle vie urinarie. La tossiemia generale accompagna spesso tale stato morboso, ma non è caratteristica di questo solo, perchè si ritrova spesso nella cistite cronica e negli altri tipi di infezione urinaria da colibacillo.

Perchè la terapia abbia successo, è necessario che venga diagnosticata con esattezza la sede dell'infezione. Bisogna inoltre escludere che si tratti di un processo tubercolare, di un diverticolo, di un calcolo, di un neoplasma, e a tale scopo si userà la cistoscopia e la radiografia.

Il trattamento dovrà essere: medico, vaccinico, locale, operativo, intestinale, a seconda dei vari casi.

Il trattamento medico comprende la somministrazione di diuretici in forma di acque minerali leggiere, o d'infusi vegetali, ad esempio di uva ursina. Più importanti sono però le sostanze alcaline, che devono neutralizzare l'eccessiva acidità urinaria prodotta dal colibacillo. Tra queste ricorderemo il bicarbonato di sodio e il citrato ed acetato di potassio. Vi è poi la serie di disinfettanti urinari, tra i quali alcuni ad azione blanda, come il salolo e l'acido borico, ed altri ad azione più energica, rappresentati dall'urotropina e dai suoi derivati. Ma poichè la formaldeide che si libera dall'urotropina può, a lungo andare, riuscire irritante, si consiglia di sospenderne l'uso ogni due o tre settimane, alternando colla medicazione alcalina.

Bisogna inoltre ricordare che i farmaci del tipo dell'urotropina agiscono in ambiente acido; se quindi non si riuscirà ad ottenere un tale ambiente, converrà piuttosto ricorrere a medicamenti che esercitano la loro azione disinfettante in ambiente alcalino. Tra questi sono il bleu di metilene e vari colori di anilina. In casi gravi, e specialmente nelle pieliti, si può avere buon effetto con le iniezioni endovenose di urotropina.

La vaccinoterapia, esaltata un tempo come rimedio sovrano, è oggi passata al secondo posto. Essa va tuttavia tentata nei casi refrattari alle altre cure, rammentando però come sia del tutto inefficace nella batteriuria pura.

Il trattamento locale comprende il lavaggio della vescica, praticato colle dovute regole, con soluzioni di nitrato d'argento, ossicianuro di mercurio, acido borico, permanganato di potassio, acqua ossigenata, argirolo, mercurocromo. Se poi si ha la certezza che il focolaio settico risiede nella pelvi renale, si praticherà il lavaggio di questa; il quale però è di delicata esecuzione ed ha diverse controindicazioni.

L'uso di soluzioni troppo deboli, gli intervalli troppo lunghi tra un lavaggio e l'altro, la dilatazione della pelvi renale, la presenza di calcoli nella pelvi, sono tutte cause che possono far fallire la pratica.

Il trattamento chirurgico, riservato ai casi più gravi, comprende il drenaggio della pelvi, e il drenaggio della vescica, con eventuale prostatectomia e vescicolectomia.

Finalmente, per gli stretti rapporti tra intestino e infezione della pelvi renale, non si trascurerà di curare il canale enterico, somministrando antisettici, e combattendo l'atonia e la costipazione.

M. FABERI.

Un raro caso di rene unilatera e con fusione dei due poli.

(VICTOR Y LAROSE. *The Journal of Urology*, ag. 1924).

L'A. riporta il seguente caso interessante per la rarità di questa anomalia, unica fra le osservazioni cliniche fatte in casi simili in un periodo di dieci anni.

N. C., di anni 18, ebbe un continuo dolore nel quadrante destro inferiore. Il dolore era molto più forte la scorsa settimana. Un altro chirurgo aveva fatto diagnosi di ascesso appendicolare e propose l'immediata operazione. La sua anamnesi remota era negativa se si eccettua che per quanto ricordava, sempre aveva avvertito senso di fastidio nel lato destro con qualche attacco di dolore. Questi attacchi non erano tanto forti da costringerla in letto. Essa non ebbe sintomatologia vescicale importante durante gli attacchi.

L'esame obiettivo dimostrò condizioni generali buone. La palpazione addominale permetteva di sentire una massa irregolare mobile, di consistenza molle, nel quadrante inferiore destro. I reni non erano palpabili. Le urine avevano un

peso specifico di 1018 e contenevano traccie di albumina. Microscopicamente furono trovati bacteri e pochi leucociti.

L'esame cistoscopico per determinare i rapporti fra la massa ed il rene destro, rivelò una vescica normale con sbocchi ureterici in posizione normale. Il cateterismo dell'uretere di destra fu facile per 25 centimetri. Il sinistro sembrò incontrare un ostacolo a 20 cent. dal meato. Fu ottenuta urina chiara da ciascuno uretere e all'esame dimostrò contenere poche cellule di pus.

La radiografia con cateteri opachi negli ureteri, dimostrò che apparentemente il destro seguiva un decorso normale.

Il sinistro all'altezza del promontorio passava nella regione sacro-iliaca di destra.

Come diagnosi di probabilità fu pensato ad una fusione anormale dei reni. Non essendovi altro trattamento che il riposo, la malata fu tenuta in letto per 10 giorni a dieta rigorosa, finchè il dolore diventò trascurabile. Rientrò in Ospedale un anno dopo. All'esame la massa fu trovata più voluminosa ed estremamente molle alla palpazione.

L'esame cistoscopico rivelò urine chiare emesse normalmente da ciascun meato. Per il fatto che l'uretere sinistro aveva un decorso anormale, ciò che fu visto nel primo esame, una ricerca accurata fu fatta per un terzo orificio ureterale, ma senza successo. Urina normale fu ottenuta da ciascun uretere. L'esame della funzione renale fu determinato mediante l'iniezione intravenosa di ftaleina. Il colore comparve da destra in due minuti con una eliminazione totale del 16 % in 15 minuti. Dal lato sinistro il colore comparve in 4 minuti con una eliminazione totale del 5 %. La pielografia bilaterale dimostrò un rene deforme situato nella parte destra dell'addome in mezzo tra la cresta iliaca e la 12ª costola. La pelvi era fuori della linea mediana e l'uretere destro vi entrava ad un certo punto dal di fuori. La seconda pelvi era posta proprio a destra della linea mediana a livello del bordo superiore della regione sacro-iliaca destra. Questa pelvi emergeva a sinistra con i calici diretti a destra dimostrando un completo rovesciamento della pelvi sinistra.

L'uretere sinistro dopo aver traversato il promontorio del sacro entrava nella pelvi rovesciata in una posizione quasi normale. Dalla posizione della pelvi fu sospettata una fusione del polo inferiere del rene sinistro col polo inferiore del rene destro, con una parziale rotazione o meno dei due reni o la fusione dei suoi poli inferiori formanti un rene a ferro di cavallo posto a destra della linea mediana.

Fu deciso di intervenire chirurgicamente.

Operazione: Incisione mediana. La massa renale fu trovata a forma di anello occupante la parte destra dell'addome dalla linea mediana al fianco. Il tumore a forma di anello era incompleto superiormente ma le due estremità erano fermamente unite da una membrana spessa. Nel suo punto di mezzo inferiore una piccola incisura indicava il punto di fusione dei due parenchimi.

L'uretere destro passava dietro la massa, il sinistro non si palpava. La massa renale si poteva spostare su e giù nella massa lombare per parecchi centimetri. Quando il rene veniva spinto verso la posizione più bassa, una grossa arteria renale che apparentemente veniva al disopra, dalla aorta, fu sentita sotto marcata tensione.

Essa passava davanti al rene a destra della parte centrale superiore dell'anello e si divideva in parecchie branche prima di entrare nella sostanza renale. L'arteria della metà sinistra dell'anello renale veniva da sopra e passava anteriormente prima di entrare nel rene. Non potè determinarsi l'origine superiore. La parte centrale dell'anello non conteneva tessuto compatto e il dito che palpava sembrava che attraverso di esso giungesse fino alla massa lombare.

L'utero aveva una depressione alla metà della superficie superiore facendo supporre una duplice anomalia. Dopo aver rimosso l'appendice una seconda incisione fu fatta nel fianco destro e la dissezione fu condotta fino al punto in cui il rene appariva a livello dei muscoli psoas.

La capsula fu preparata per 12 o 13 centimetri quadrati, e la massa renale sollevata. Due strisce di garza iodoformica furono piazzate sotto per formare aderenze per avere una fissazione più alta possibile. Questo fu fatto per evitare la tensione massima dell'arteria renale quando la massa era situata in basso. Non fu suturata la sostanza renale. La convalescenza dopo l'operazione fu regolare e l'ammalata non ebbe il più piccolo fastidio fino a 5 anni dopo, quando ebbe un attacco di dolore a destra. Non ci fu rialzo di temperatura. Le urine cateterizzate contenevano scarse cellule di pus. Sorse la questione del matrimonio e le furono prospettati i possibili pericoli di una gravidanza. A richiesta della paziente fu praticata una doppia salpingectomia. Essa adesso è felicemente maritata e alleva con successo due bimbi adottati.

L'esame combinato cistoscopico e radiologico è l'unico metodo che permetta una diagnosi certa nelle anomalie renali prima dell'intervento operativo. In questi casi non vi sono sintomi subbiettivi caratteristici, e se non vi è una lesione patologica propriamente detta, mancano del tutto.

Errori diagnostici hanno condotto ad asportare l'unico rene fuso di un malato con morte inevitabile.

Molti differenti tipi di malformazione renale sono stati descritti e probabilmente tutti sono dovuti a difetti di sviluppo.

Leggendo la letteratura di rene unilaterale fuso non fu trovato nessun caso simile al descritto.

U. BANI.

L'aspetto radiologico dei calcoli orinarii in riguardo alla loro composizione chimica.

(H. P. WINSBURY WHITE. *British Journal of Surgery*, lug. 1924).

L'opacità dei calcoli, a parità di spessore, dipende dal peso molecolare delle sostanze componenti e si può ritenere come esatto che i fattori che determinano l'intensità d'ombra radiologica di un calcolo siano: 1) la natura dei suoi costituenti; 2) la sua struttura; 3) il suo spessore.

L'ossalato di calcio ed il fosfato di calcio danno ombre intense. Essi sono componenti comuni dei calcoli orinarii. L'alta opacità è dovuta all'alto peso atomico del calcio.

Tutti gli altri comuni sali orinarii, gli urati, l'acido urico ed il triplofosfato, danno ombre relativamente povere.

La cistina e la xantina danno ombre povere, ma alquanto più opache delle precedenti e ciò è dovuto allo zolfo che contengono.

È raro che una delle predette sostanze costituisca essa sola un calcolo e ciò vale anche per la cistina. Di solito coesiste ossalato o fosfato di calcio.

I dati forniti da differenti ricercatori sulla relativa frequenza dei diversi sali nella composizione dei calcoli non sono concordanti; tuttavia osservazioni recenti concordano con quelle dell'A., secondo le quali nei calcoli renali ed ureterici v'è prevalenza di ossalati di calcio ed in quelli vescicali di acido urico e di urati.

I fosfati si sono trovati preponderanti nei calcoli vescicali in confronto di quelli renali. Essi frequentemente circondano un nucleo di ossalati o di acido urico o di urati.

Calcoli renali o ureterali di acido urico o di urati spesso sono mescolati con sali di calcio per effetto dei quali possono essere svelati radiologicamente. Per tal motivo, quando il radiogramma sia negativo, la ricerca operatoria di calcoli è raramente giustificata.

I calcoli vescicali, spesso composti prevalentemente di acido urico o di urato d'ammonio, possono rimanere occulti all'esame radiologico, ma la cistoscopia li svela facilmente.

EGIDI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

J. LAIRD. *Tubercolosis: Its prevention and treatment*. II Ed. Bristol, J. Wright, 1925.

È un piccolo libro, di facile e rapida lettura, in cui l'autore tratta brevemente di alcune forme dell'infezione tubercolare, esponendo i dati della personale esperienza, acquistata durante la lunga carriera di medico.

In complesso egli si dichiara strenuo sostenitore del metodo di recalcificazione dell'organismo, sia per la profilassi che per la cura della grave malattia.

Brevi vedute, anch'esse personali, sull'etiologia del cancro, chiudono il libro, scritto, come dice la prefazione, pei giovani medici e per il personale di assistenza più istruito.

M. F.

LOEWENSTEIN E. *Handbuch der gesamten Tuberkulose-Therapie*. Bd. 2°. Berlin-Wien, Urban e Schwarzenberg, 1923. Fr. svizz. 35,75.

Gli argomenti trattati in questo secondo volume dell'opera del Loewenstein, sono di interesse particolare perchè mentre in parte si riferiscono ai più moderni concetti nella terapia delle malattie infettive in genere, in parte svolgono diffusamente tutti quei mezzi curativi che si sono venuti man mano applicando nel trattamento delle varie affezioni tubercolari dei vari organi.

Gran parte di questo volume è riservata al trattamento specifico della tubercolosi, e non soltanto tutti i vari metodi proposti trovano adeguato svolgimento, ma i risultati e le applicazioni dei diversi mezzi specifici proposti sono sottoposti ad una saggia e giusta critica. I capitoli successivi riguardano la cura della tubercolosi dei reni e della vescica, della cute, dell'occhio, del cuore e dei vasi, dell'apparato genitale femminile, delle prime vie respiratorie.

La cura della tubercolosi polmonare riflette quei mezzi che hanno per fine la produzione di un collasso polmonare, onde speciale importanza ed ampia trattazione è riservata al pneumotorace artificiale ed anche a quei mezzi chirurgici che mirano alla parziale o totale demolizione della parete toracica (toracoplastica extrapleurica). All'esposizione dei vari metodi e dei vari risultati segue un capitolo compilato dal Carpi, nel quale vengono opportunamente riferiti i risultati a distanza della cura col pneumotorace.

Trovano pure diffusa trattazione la tubercolosi dello stomaco e dell'intestino, dell'orecchio, e specialmente delle ossa e delle articolazioni, e da ultimo in un capitolo a parte è svolta la chemioterapia della tubercolosi in base alle più recenti

indagini ed osservazioni. Capitoli speciali sono pure riservati alla disinfezione dello sputo, alla tubercolosi nelle regioni tropicali.

Non solo l'importanza degli argomenti trattati, ma la ricchezza dei particolari riferiti e la discussione critica dei risultati ottenuti, rendono questo secondo volume di altissimo interesse specie per il tisiologo.

E. T.

CAMPANI, ILVENTO, MENDES. *Lo stato attuale della lotta antitubercolare in Italia.* Editrice: Salute e Igiene, Roma, L. 5.

Questa pubblicazione ha lo scopo di fare il bilancio del movimento antitubercolare in Italia, e il bilancio è redatto da intenditori del problema, i quali gran parte della loro nobile attività hanno dedicato e dedicano tuttavia all'importante problema. Bisogna conoscere quanto si è fatto per avere la nozione precisa del cammino che si vuol percorrere non solo, ma è necessario che i medici italiani conoscano i mezzi di difesa e di cura contro la tubercolosi perchè all'occasione sappiano servirsene, e non raramente dai medici si sente ripetere la parola del doloroso scoraggiamento e di facile ammirazione per quanto all'estero si fa.

Non pretende il volume di dimostrare che quanto si è fatto è perfetto e che si sia molto fatto, chè anzi la conclusione è un monito e uno stimolo a continuare l'opera appena iniziata, ma le notizie sulla spedalizzazione dei tubercolosi, sulle opere sanatoriali provinciali e comunali, sui sanatori sorti in occasione della guerra, sui sanatori privati e sulle case di salute, sull'opera della Croce Rossa, da poco iniziata e pure così promettente, sono preziosi appunti per il medico e specialmente per il medico pratico. Accanto alla difesa preventiva della tubercolosi non può occupare l'ultima e la più piccola casella del grande edifizio *la cura del malato*, e la cura deve essere prevalentemente sanatoriale. La sommaria descrizione di tutto questo movimento depone che l'anima italiana si è svegliata, che vi sono nobilissimi esempi che possono e devono essere seguiti da chi ha cuore e mezzi: noi siamo lieti che la direzione della Croce Rossa italiana che a tanta riconoscenza ha diritto per la sua opera benefica in guerra e nelle pubbliche calamità, abbia preso a cuore il problema, non con la sola propaganda, ma con opere pratiche direttamente utili alla cura del malato. Vada il volumetto-indice nelle mani dei medici e nelle mani di chi anela al bene, e sia suscitatore di iniziative: il campo è vasto e l'opera deve essere feconda.

T. PONTANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta ordinaria del 23 gennaio 1925.

Variazioni quantitative assolute delle cellule interstiziali del testicolo nelle diverse età.

A. RICCARDI. — Determinata con una tecnica particolare la quantità assoluta delle cellule interstiziali, l'O. dimostra che nel cavallo tali cellule hanno uno sviluppo enorme nel feto, poi scompaiono del tutto dopo la nascita, per ricomparire abbondanti verso la pubertà. Nell'uomo si ha pure la scomparsa totale nel periodo impubere. Nel bue ed in altri animali (cane, gatto, ecc.) le c. i. sono presenti per tutta la vita, diminuendo soltanto un poco, in alcuni, verso la nascita. Queste differenze paiono in rapporto con la durata del periodo impubere.

Il parallelo fra il contenuto di grassi delle c. i. e dei tubuli seminiferi conferma l'opinione che l'ufficio delle c. i. sia di accumulare materiali di riserva per la nutrizione dei tubuli.

Fra tutti i mammiferi il cavallo è quello nel quale la forma e la disposizione delle c. i. ricordano di più una ghiandola endocrina, sebbene manchino prove sicure di una tale funzione.

L'O. accetta l'opinione che la funzione endocrina del testicolo sia piuttosto una conseguenza del complicato metabolismo di tutto l'organo, che non un attributo specifico di determinate parti.

Sdoppiamento del nodo del seno del cuore umano.

A. C. BRUNI e R. SEGRE. — In base allo studio di 3 cuori di feto a termine, per uno dei quali venne costruito il modello all'ingrandimento di 25 d., seguendo il metodo di Bern delle lamine di cera, gli OO. dimostrano che oltre la parte nota del nodo del seno, posta a destra dello sbocco della v. cava superiore, esiste, come già era stato visto da Bruni e da Pace nel cuore dei ruminanti un'altra parte, che giace a sinistra dello sbocco della cava superiore, nel solco esterno fra i due atrii, ed invia un considerevole prolungamento nel setto interatriale.

A. CERESOLI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 27 febbraio 1925.

Presidenza: Prof. A. CEVIDALLI, presidente.

Tonsillotomia e tonsillectomia.

Prof. F. BRUNETTI. — Premessi alcuni ricordi sui vari metodi di chirurgia tonsillare, l'O. passa a chiedersi se si debba assecondare la recente tendenza a generalizzare la tonsillectomia, abbandonando i metodi meno radicali.

L'O. non crede che ciò debba farsi e ne espone le ragioni, le quali sono alcune d'ordine pratico, altre d'ordine dottrinale. Fra le prime l'O. rammenta i pericoli della tonsillectomia, il traumati-

smo più grave che essa rappresenta per il malato, i postumi cicatriziali che essa può lasciare. A proposito del secondo gruppo di motivi, l'O. ricorda le incertezze gravi che ancora permangono in tema di fisiopatologia tonsillare ed accenna anzi a ricerche da lui condotte per stabilire quale azione abbiano gli estratti tonsillari sulla funzione cardiovascolare. Conclude dicendo che in tema di chirurgia tonsillare conviene essere prudenti ed eclettici: accettare i nuovi metodi chirurgici più radicali, senza abbandonare i vecchi che servono egregiamente nel più dei casi.

Sull'iperpancreatismo.

Prof. G. A. PARI. — Finora lo studio dei perturbamenti della secrezione del pancreas rimase circoscritto alle diminuzioni, e quasi non si è pensato all'eventualità di un aumento. La conoscenza di una sindrome di iperinsulismo, negli ammalati in cui si iniettano dosi eccessive di insulina, pone il problema se una sindrome di iperpancreatismo si possa avere spontaneamente.

Il SEALE, americano, poche settimane addietro ponevasi il problema medesimo, ed interrogato il BANTING ne veniva informato che una sindrome spontanea simile a quella da iniezioni eccessive di insulina non si conosce. Giustamente, secondo l'O., il SEALE, nel ricercare nei suoi ammalati questa sindrome, poneva a base delle indagini il sintoma fame. In alcuni ammalati egli attribuì la fame morbosa ad iperinsulismo, ed i dosaggi dimostrarono l'ipoglicemia. In questi ammalati vi erano disturbi digestivi per le grandi quantità di cibo introdotto. Contemporaneamente l'O. pensava alla stessa genesi in una donna all'età della menopausa con una bulimia di altissimo grado, la quale digeriva benissimo le enormi quantità di cibo ingerito, come risultava anche dall'esame microscopico delle feci. In questo caso doveva trattarsi non di un semplice iperinsulismo come nei casi del SEALE, ma di un iperpancreatismo, con aumento anche della secrezione pancreatica esterna. L'ammalata migliorò rapidamente con somministrazionte di gineglandolo, il quale contiene fra altro endoovarina ed adrenalina, e non accettò di sottoporsi alle ricerche propostele. La donna andò ingrassando (rapporti fra pancreas ed ingrassamento).

Casi simili furono più volte osservati nella patologia della menopausa, ma senza rilevarne la genesi pancreatica. È da ritenersi probabile che siano da attribuirsi ad un disturbo poli-endocrinico, con punto di partenza nell'ovaio e manifestazioni principali di iperpancreatismo.

Analogamente si interpreterebbero i casi in cui il perturbamento del ricambio incomincia con la polifagia e la polisarcia (iperpancreatismo) ed evolve poi nel diabete (ipopancreatismo).

Vi sono casi di bulimia nella peritonite tubercolare iniziale. Si potrebbe pensare ad un'azione irritativa sui nervi che vanno al pancreas o sulla ghiandola stessa. Vi sono poi individui che « normalmente » mangiano moltissimo: potrebbero essere iperpancreatici costituzionali.

Tutte queste sono ipotesi di lavoro, le quali non potranno essere sottoposte all'indagine che col tempo.

Localizzazione radiologica e localizzazione chirurgica dell'ulcera duodenale.

Dott. A. VESPIGNANI. — L'O. illustra il quadro radiologico tipico dell'ulcera del bulbo duodenale e il valore dei singoli segni diretti, dimostrati su una serie di casi controllati al tavolo operatorio.

Le divergenze fra il reperto radiologico e quello laparatomico risiedono in due ordini di cause: radiologiche le une, chirurgiche le altre.

Le prime sono costituite: *a*) dalla mancata corrispondenza, anche negli esami in posizione eretta, fra piccola curvatura dell'immagine bulbare radiologica e quella anatomica; *b*) dall'eccessiva facilità con cui si dà valore di nicchia ad ogni « plus » opposto all'incisura del contorno laterale del bulbo, mentre la nicchia può non esistere o risiedere ad un'altezza diversa; *c*) dalla estensione della alterazione della piccola curvatura nel quadro radiologico, alterazione che in taluni casi è minore di quella che l'esplorazione del bulbo dall'esterno o dall'interno (resezione duodenale) dimostra.

Le inesattezze di apprezzamento chirurgico possono consistere in: *a*) reperto negativo all'esplorazione dall'esterno in casi in cui l'ulcera era stata dimostrata radiologicamente; *b*) riferimento al piloro di ulcera appartenente al bulbo duodenale. Questo secondo errore è frequente. Egli lo spiega dimostrando *come un'ulcera che risieda in quello che* FORSSELL *chiama recesso circolare del bulbo* (recesso che circonda e quasi « contiene » il piloro) *possa alla palpazione avvertirsi come se fosse a carico del piloro stesso* e persino quasi oltre il suo bordo gastrico.

Più facili errori compirà chi si basi solo sui resultati della ispezione, sopratutto sulla estensione della cicatrice della sierosa e, quanto alla localizzazione del piloro, si riferisca al decorso della vena pilorica.

Su di un nuovo metodo di conservazione di pezzi anatomo-patologici.

Dott. G. ZANETTI. — L'O. riassume brevemente la storia della conservazione dei pezzi anatomopatologici, ed espone un suo nuovo metodo. Il procedimento consta di due tempi, che possono essere ridotti a poche ore per pezzi di 3-4 centimetri di spessore. Si usa per ogni tempo un liquido speciale e cioè: come primo liquido un fissatore costituito da una soluzione acquosa al 10 % di formolo, più uno per cento di una soluzione acquosa satura di acido picrico, con aggiunta di altra soluzione alcoolica satura di solfoalizarinato acido di soda a goccie fino ad una tinta mattone.

Si inietta la predetta miscela nei vasi arteriosi dei pezzi da conservare, e contemporaneamente si immergono i pezzi stessi nel medesimo miscuglio per 6-8 ore. Dopo di che si passano in alcool denaturato pel rinfrescamento. L'alcool stesso viene poscia diluito e serve da ultimo liquido conservatore. Il metodo è economico e giova egregiamente, come lo dimostrano i preparati che l'O. presenta.

A. D. V.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La reinfezione nella sifilide.

J. Russell Driver (*Journ. of Am. Med. Ass.*, nov. 29, 1924) riporta tredici casi personali di sifilide a sostegno della possibilità della reinfezione in questa malattia.

L'A., come White, ammette che con l'uso della reazione di Wassermann e dell'illuminazione in campo scuro, che rendono assoluti i reperti serologici e parassitologici nella sifilide, è possibile dimostrare la reinfezione all'infuori dell'evidenza clinica favorevole.

Le seguenti condizioni sarebbero necessarie per la diagnosi di reinfezione sifilitica:

1) L'aver trovato, durante il primo attacco, la « spirochaeta pallida » nella lesione sifilitica, sifilosclerosi, condiloma, placca mucosa, puntura di un ganglio linfatico, o da una reazione di Wassermann positiva;

2) Nel secondo attacco aver trovato la « spirochaeta pallida » nella nuova sifilosclerosi iniziale, apparsa in luogo diverso dalla prima, mentre il sangue deve contemporaneamente aver dato una R. W. negativa.

Questo vuol dire che il p. cade sotto osservazione poco dopo la comparsa della seconda sifilosclerosi iniziale, e prima che la R. W. nel sangue abbia avuto tempo di diventare positiva.

Con l'esame in campo oscuro e con la R. W. si possono dunque eliminare subito tutte le possibili cause di errore: superinfezione, autoinoculazione, sifilosclerosi recidiva, gomma, ecc.

I tredici casi dell'A. soddisfano a queste condizioni stabilite per ammettere una vera infezione. La diagnosi venne fatta in dodici casi e la cura iniziata dopo una media di sei settimane e mezza dopo il contatto.

Soltanto un vecchio sifilitico fu curato: e il trattamento iniziò sette anni dopo l'infezione. Questi pazienti in media ebbero dodici iniezioni di salvarsan e venticinque di salicilato di mercurio, per renderli batteriologicamente liberi da spirocheti e capaci di contrarre una nuova infezione sifilitica.

Non si pretende di dare una regola fissa sulla durata del trattamento curativo nella sifilide: però in questa serie di casi precocemente diagnosticati il trattamento suddetto fu apparentemente sufficiente.

Il periodo di tempo trascorso tra prima e seconda infezione variò da 1 a 120 mesi con una media di 15 mesi; questo vuol dire che la prima infezione sifilitica non conferisce al suo ospite alcuna immunità consecutiva. Appena esso è liberato dalla prima infezione può reinfettarsi, se si espone al contagio.

La guarigione della sifilide è dunque definitivamente possibile, purchè: *a*) si faccia una diagnosi precoce con il campo oscuro, e *b*) si istituisca un trattamento precoce, vigoroso con salvarsan e mercurio per iniezioni.

Con la moderna terapia la reinfezione sifilitica è probabilmente più frequente di quanto sospettiamo, e, se si potesse seguire un maggior numero di sifilitici per un periodo di anni, si troverebbe che ciò avviene realmente.

M. MARGOTTINI.

Sifilide e malaria.

C. Rubino (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 34, 1924) partendo dal fatto che queste due malattie causate da microrganismi appartenenti allo stesso ceppo parassitario (protozoi), presentano tra loro rapporti nel campo delle reazioni umorali (R. W. positiva nei malarici febbrili o da poco afebbrili) e nel campo della terapia (efficacia curativa della febbre malarica provocata nella paralisi progressiva, e del trattamento della malaria con gli arseno-benzoli) ha fatto due serie di ricerche, i cui risultati ha presentato come *nota preventiva* data la scarsezza di malarici che a Genova ha potuto fare oggetto di studio.

Colla 1ª serie di ricerche egli ha osservato che gli *stromi dei globuli rossi di sangue di recidivi malarici* febbrili o da poco afebbrili *deviano il complemento nella R. W.*, agiscono cioè da reattivo antigeno. Questa proprietà è stata controllata servendosi come antigeno dell'estratto alcoolico di fegato eredo-luetico.

In alcuni casi è stata provata la reazione precipitante di Porges, con risultati concordanti.

L'A. continua le ricerche per vedere se lo stesso potere antigeno, e in che grado, hanno gli stromi di globuli rossi in genere (per il loro contenuto in proteine e lipoidi) di sani e di ammalati, di uomini e di animali.

Colla 2ª serie di ricerche l'A. ha voluto applicare il *trattamento dei nuovi preparati di bismuto nella cura della malaria*, e ha fatto oggetto di esperimento le forme di recidive malariche chinino-resistenti. Nelle limitate ricerche che egli ha potuto fare, servendosi particolarmente dell'arseno-bismutato di sodio, ha osservato che questi preparati dimostrano di possedere talvolta virtù terapeutiche dirette, tal'altra di agire come mobilizzatori del plasmodio e di rendere allora efficace l'azione della chinina anche in dosi piccole.

S. A.

L'osteite deformante di Paget è di origine sifilitica?

Spesso sono attribuite alla sifilide, senza prove valutabili affezioni la cui etiologia è oscura; ciò è anche accaduto per l'osteite deformante di Paget, malattia la cui manifestazione caratteristica è data da una deformazione della tibia, che, aumentata di volume in tutta la sua diafisi, s'incurva.

La sifilide ereditaria tardiva ha anche una predilezione per la tibia e Lannelongue per la uguaglianza della sede, per l'esistenza nelle due affezioni di una tumefazione ossea con incurvamento, vide in ciò la prova dell'identità di natura e fece della m. di Paget la forma senile della sifilide ossea ereditaria.

Thibierge (*Paris médical*, 27 dicembre 1924) che altre volte ha avuto occasione di occuparsi dell'argomento, nega al contrario tale ipotesi, la quale non può essere sostenuta, secondo lui, neppure dagli argomenti (sierologico, terapeutico, clinico) portati recentemente.

La frequenza della R. di Wassermann positiva, certamente però molto minore di quanto si afferma, ha bisogno ancora di molte conferme e così pure le frequenti complicazioni sifilitiche concomitanti o antecedenti.

Le statistiche conosciute dimostrano che i rapporti tra osteite deformante e sifilide sono meno netti di quelli della tabe. Si è supposto che l'arterite dell'arteria nutritizia dell'osso avesse importanza capitale nella produzione delle lesioni ossee: la sifilide potrebbe essere una delle cause di questa arterite.

Seguendo un'ipotesi che da qualche anno si applica successivamente a tutte le malattie di cui l'etiologia è oscura, si è pensato anche che la m. di Paget fosse d'origine endocrina. Ma tutte queste non sono che supposizioni e di supposizione in supposizione, si è perfino domandato se la m. di Paget non sia una sindrome nella etiologia della quale intervengano cause diverse, meccanismi molteplici.

Se non si può negare che vi siano delle osteiti sifilitiche che rivestono dei caratteri più o meno analoghi a quelli della m. di Paget, e che ad un primo esame superficiale possano destare confusione, si deve però ammettere che un attento esame potrà facilmente distinguerle, specie se fatto da chi conosca bene l'osteite di Paget e la sua evoluzione.

Il tipo clinico descritto da Sir James Paget è preciso, identificato dai caratteri delle deformazioni, dalla loro sede, dalla loro successione.

Essa deve avere o una causa specifica, o una lesione instrumentale speciale. Ciò che finora sembra stabilito è che la sifilide se interviene nella sua produzione, non interviene da sola.

Pur essendo la questione così posta, non si deve affermare, senza prova, la natura sifilitica dell'osteite deformante e la sua guarigione con la cura antiluetica.

A. POZZI.

Le manifestazioni gangliari dell'eredo-sifilide.

I rapporti della sifilide acquisita con le lesioni dei gangli linfatici sono ben conosciuti. Meno bene esatti sono i dati sull'influenza esercitata sul sistema linfatico dalla sifilide ereditaria.

Questa (Bernheim e Weill: *Le Journal de méd. de Lyon*, 1924, n. 99) può agire nei primi tempi della vita, o più tardi nella seconda infanzia, nell'adolescenza, nell'adulto, perfino. Le adenopatie attribuite alla sifilide ereditaria precoce si presentano sotto la forma di micropoliadenopatia: e questa è la lesione banale in rapporto con le infezioni od intossicazioni multiple, e, propriamente parlando, non ha un valore specifico: significato ben diverso hanno le lesioni gangliari della sifilide ereditaria tardiva, le quali si presentano sotto due forme: una, assai comune, con sede limitata, particolarmente nella regione cervicale, con evoluzione sotto forma di masse dure, indolenti, ovvero sotto la forma di ascesso freddo, ovvero sotto la forma di croste, con ulcerazioni profonde ed alterazioni cutanee. Simile forma è spesso confusa con la tubercolosi gangliare, dalla quale la semplice Clinica non basta per distinguerla.

Un'altra forma di adenopatia sifilitica è realizzata da una sindrome che ricorda l'adenis (Weill). Abbenchè lo studio dei sintomi, delle lesioni gangliari, delle alterazioni del sangue, delle prove di laboratorio possa mettere sulla via, non bisogna considerare meno difficile la diagnosi specialmente quando non è accompagnata da alcuna stimmata luetica.

Secondo gli AA. nei casi dubbi la prova terapeutica raggiunge il doppio scopo della diagnosi e della cura.

MONTELEONE.

L'ipertensione arteriosa infantile, stigmate d'eredo-lue.

G. Génévrier (*Le Bulletin médical*, 11-14 febbraio 1925) dopo aver accennato all'opinione di Laubry che negli adulti l'ipertensione essenziale senza lesioni renali o cardio-vascolari spesso è in rapporto alla sifilide sia acquisita o ereditaria riferisce d'aver con una certa frequenza riscontrata detta ipertensione essenziale in bambini anemici, con ritardo di sviluppo, falsamente interpretati come affetti da adenopatie tracheo-bronchiali tubercolari.

Per la diagnosi d'ipertensione si vale dell'apparecchio di Vaquez-Laubry. Come indice della tensione media normale nelle diverse età si vale della tabella di M. Keller. Ritiene si possa parlare d'ipertensione quando dopo ripetuti esami con lo sfigmomanometro fatti in completo riposo e prima dei pasti si riscontri un aumento di 2 centimetri al disopra della tensione normale.

L'autore spesso ha notato accanto all'ipertensione segni non dubbi d'eredo-lue (distrofie dentarie, periostiti, alterazioni nasali, ecc.); di più nell'anamnesi con tale frequenza la sifilide dei genitori che senza esitare pone l'ipertensione essenziale riscontrata nei bambini tra le stigmate della sifilide ereditaria.

Detto sintomo per lo più si scopre all'esame sfigmomanometrico; non dà quasi mai disturbi soggettivi o obbiettivi come negli adulti; non si accompagna mai a lesioni renali o cardio-vascolari.

Spesso coesiste la R. W. positiva.

L'autore riferisce inoltre della nessuna efficacia della cura specifica anti-sifilitica sia mercuriale che arsenicale e di bismuto sulle cifre della tensione arteriosa.

Per la cura sintomatica si rimette per lo più a quelle norme igienico-dietetiche dettate da Laubry per gli adulti, abbondando piuttosto nella somministrazione delle proteine animali. Associa una cura di joduri misti per bocca. In tal modo l'autore riferisce di essere riuscito a mantenere pressochè invariata senza tendenza al peggioramento la tensione arteriosa in bambini da lui seguiti per parecchi anni.

RICCARDI.

TERAPIA.

Su un nuovo anestetico.

La tutocaina Bayer, dice Herfarth (*Bruns' Beitr. z. klin. Chir.*, 1924, vol. 132), è l'ipoclorito di un *para-aminobenzoile* facilmente solubile in acqua, sterilizzabile senza alterazione. Da esperienze fatte sui conigli in paragone con la novocaina ne risulta che la tutocaina è 8 volte più fortemente anestetica della novocaina mentre possiede il doppio di tossicità quindi è *4 volte* più forte con la stessa tossicità.

È stata usata in *310 ricerche* cliniche nella Clinica di Küttner con solo *5 insuccessi* nei quali si trattava piuttosto di un dolore subiettivo che operatorio.

Per anestesia da infiltrazione dapprima fu usata nella diluizione di 0,25 % più tardi in quella di 0,125 % cioè un quarto della novocaina. Così furono operati 102 casi di cui 15 gozzi e 28 ernie. Con una diluizione di 0,2 % furono operati 140 casi di cui 27 resezioni di gozzo, 10 trapanazioni, 9 gastrostomie. Bisogna attendere come per la novocaina alcuni minuti prima di incidere la pelle. L'optimum è rappresentato dalla diluizione di 0,2 % come per la novocaina al 0,5 %, aggiungendo 9 goccie di adrenalina al millesimo su 100 cm³.

Per l'anestesia sacrale è stata utilizzata la soluzione di tutocaina al 0,5 % con adrenalina in luogo della novocaina all'1 %. Sono state fatte 18 operazioni (emorroidi, ragadi, prostatectomie).

Per anestesia di plessi fu usata la soluzione al 5 % in 7 casi senza inconveniente.

Per l'anestesia lombare fu usata una quantità di gr. 0,05 di tutocaina in 3 cm³ di soluzione fisiologica con 0,00025 di adrenalina mentre con la novocaina usavano una soluzione 3 volte più forte. Soltanto in uno si ebbe cefalea.

La tutocaina è stata anche utilizzata dagli oculisti e dagli otoiatri nella soluzione del 2-4 % con adrenalina per anestesia delle mucose, per polipi, sostituendo la cocaina.

R. BRANCATI.

Il trattamento del veronalismo.

A. Tardieu (*Journal des praticiens*, 17 gennaio 1925) fa rilevare che le intossicazioni da veronal sono abbastanza frequenti e che quindi è necessario che il medico pratico sia messo sull'avviso, in modo da poter provvedere adeguatamente.

Il quadro clinico dell'intossicazione per tutti i derivati della malonilurea è costituito essenzialmente, talora esclusivamente, dal coma, più o meno profondo e durevole. La dose tossica di veronal oscilla da 1 a 14 grammi ed è quasi sempre superiore a 5; meno tossico è il dial. La suscettibilità individuale è dominata dallo stato della funzione epato-renale; le alterazioni epatiche controindicano formalmente l'uso dei derivati della malonilurea.

Associati al coma si trovano in ordine di frequenza i sintomi seguenti: ipersecrezione salivare, diplopia, disartria pareto-spastica, caratteristica degli stati tossico-infettivi, manifestazioni psicopatiche (ebbrezza, onirismo allucinatorio e psicosi di tipo alcoolico), esantemi fugaci pruriginosi e polimorfi, oliguria, rispettivamente anuria con albumina, zucchero, cilindri, pigmenti biliari ed urobilina. Lo stato delle pupille non dà nessuna indicazione.

In presenza di un coma, eliminate le cause organiche, si deve pensare a quelle esterne; se si tratta di un tentativo di suicidio, è bene pensare sempre al veronalismo che è abbastanza frequente.

Il trattamento sarà il seguente:

1) Se il caso è recente (non più di 8 ore), si provvederà alla lavanda gastrica (i soliti procedimenti per provocare il vomito sono inefficaci);

2) In caso di intossicazione grave, il coma minacciante impone un salasso di 500-600 grammi; questo è applicabile in tutti i casi ed è bene usarlo sistematicamente;

3) Durante tutta la durata del coma, si dovrà alimentare l'intossicato artificialmente, di preferenza per la via rettale;

4) Contro lo stato depressivo del sistema nervoso, ripetere le iniezioni di stricnina, da 5 milligrammi a 2 centigrammi *pro die*, in dosi frazionate. Utili sono anche le iniezioni di caffeina ed i soliti tonicardiaci;

5) Dal secondo giorno in poi, ordinare i diuretici, fra cui è efficace la teobromina, seguita da iniezioni saline;

6) Non dimenticare di sondare la vescica in caso di ritenzione;

7) Prevenire le complicazioni polmonari tenendo l'individuo in posizione semiseduta; usare eventualmente le inalazioni, o meglio, le iniezioni sottocutanee di ossigeno;

8) Nel caso di insufficienza epatica o con subittero, somministrare dal secondo giorno dei colagoghi da continuarsi durante la convalescenza;

9) Sono anche consigliate le punture lombari, seguite da iniezione endorachidea di liquido albuminoso.

La profilassi del veronalismo si realizza somministrandolo insieme con l'ipecacuana, come nella seguente prescrizione: Veronal, cg. 50; Fenacetina, cg. 20; Fosfato di codeina, mg. 25; Polvere di ipeca, cg. 10-15; per una polvere, da prendersi un'ora prima di coricarsi, in un abbondante infuso caldo. *fil.*

Ha il chinino effetti abortivi?

Molti autori e non pochi pratici ammettono che il chinino abbia effetti abortivi, senza però basare il loro convincimento sopra osservazioni rigorosamente controllate. Ch. Doussain (*Journal de médecine de Paris*, 3 gennaio 1925) nega che il chinino abbia tale effetto e porta, a conforto della sua tesi un'osservazione personale.

Una donna di 28 anni aveva ingerito in poche ore 10 grammi di solfato di chinino a dosi di 50 cg. Venne poi presa da cefalea intensa, specialmente alla regione temporale, ronzii d'orecchio, tendenza alla sincope, adinamia intensa e perdita del visus, per cui la paziente poteva soltanto distinguere l'oscurità dalla luce. Polso a 80, midriasi spiccata. In seguito i fenomeni generali scomparvero e rimasero soltanto i disturbi visivi che cedettero dopo iniezioni di stricnina alle tempie e lo ioduro di potassio preso per bocca. Nonostante tale intossicazione piuttosto grave, la donna portò a termine la gravidanza che allora si trovava sull'inizio. Mancò quindi ogni presunto effetto abortivo del chinino. *fil.*

Benzoato di benzile ed ipertensione arteriosa.

C. M. Gruber e H. H. Shackelford (*Journal A. M. A.*, 11 ottobre 1924), hanno osservato che la dose di 25 a 30 gocce di benzoato di benzile (soluzione alcoolica al 20 %) non ha alcun effetto ipotensivo immediato. Ciò confermano anche altri autori. Quindi è probabile che la vantata azione del benzoato di benzile sia da attribuire ad errori di osservazione, perchè non è stato tenuto nel debito conto l'abbassamento della pressione sanguigna dipendente dal riposo e dalla tranquillità psichica. DORIA.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Discrinismo della pituitaria nell'astinenza e nell'eccesso sessuale.

Ferreri Giorgio (*Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma*, 1924) riporta una serie di osservazioni fatte sui rapporti fra cavità nasali ed apparato sessuale. Sono numerosi individui che l'A. ha studiato sistematicamente, con particolare riguardo alla loro vita sessuale considerata come normale, come astinente e come eccedente. Il naso, importantissimo organo in stretto rapporto con la funzione sessuale in tutta la scala degli animali, ricercando questi la femmina quasi sempre a mezzo dell'olfatto durante le stagioni degli amori, deve essere considerato come una vasta zona di mucosa riccamente vascolarizzata e provvista di una fitta innervazione simpatica e parasimpatica (trigeminale). Al di sotto della mucosa il naso nei turbinati inferiori è provvisto di corpi cavernosi del tutto simili a quelli della verga e del corpo clitorideo, che entrano in turgescenza durante il periodo pubere e nelle donne periodicamente durante i *menses*. Note sono anche le zone di Fliess, o punti genitali nasali, su cui in special modo vengono a ripercuotersi con maggiore intensità gli stimoli partiti dagli organi sessuali.

L'A. anzitutto divide i casi esaminati in individui astinenti e individui dediti ad eccessi sessuali: scinde quindi l'astinenza in una forma volontaria, dovuta al ragionamento e ad una superiore inibizione del senso genesico, ed in una forma involontaria. Questa a sua volta può essere considerata come permanente da cause di forza maggiore, ad esempio in casi di costituzioni ipogenitali con scarsa o nulla propensione ai rapporti sessuali, o temporanea da mancato atto fisiologico in individui normalmente dediti alla

soddisfazione del senso genesico, come in vedovi, vedove, ecc.

Riguardo agli eccessi sessuali, l'A. ha diretto le sue osservazioni su individui che vi caddero non tanto per l'esagerazione del numero dei contatti, quanto perchè dediti a pratiche anormali per frode o per masturbazione.

Negli astinenti da ipogenitalismo l'A. ha quasi sempre riscontrato una forma di rinite atrofica, accompagnata da scarso fetore con poche croste e con poco ristagno di muco od altro materiale di rifiuto. Alle volte l'atrofia era marcatissima con partecipazione di tutti i seni della faccia e con cefalee ostinate e fiere. Per lo più questi casi venivano curati come ozenatosi comuni: il problema si riallaccia qui con le lesioni osservate dall'A. su donne affette da disovarismo o da forme genitali varie su cui si riserva di chiamare altra volta l'attenzione.

Negli individui, che per una ragione qualsiasi dovettero interrompere il corso normale dei loro contatti sessuali, l'A. potè studiare fatti di congestione della mucosa nasale, specie sui turbinati inferiori e sulla testa di quelli medi, con accentuazione della secrezione glandolare da discrinismo *in toto* delle glandole mucose e con fenomeni vari di angiocrinosi diffusa, che determina a lungo andare uno stato permanente di rinite cronica muco-purulenta, in parte ipertrofica e in parte atrofica, specie nelle zone primieramente colpite. Un quadro simile offrono coloro che incorsero nella pecca degli eccessi sessuali, con la differenza della maggiore congestione ed ipertrofia mucosa e glandolare nella fase atrofica propria piuttosto agli astinenti comunque considerati.

In ogni caso la mucosa del naso, in stato di angiocrinosi simpatica, è un punto di partenza di stimoli e di riflessi che si dirigono a seconda dei casi per la via del vago o del simpatico, aumentando i disturbi già esistenti o producendone altri nuovi (crisi asmatiche, angoscia precordiale, oppressione toracica, vampe di calore, mutamento ed instabilità del carattere, ecc.). POLLITZER.

IGIENE.

Il problema della febbre tifoide.

Lo studio della febbre tifoide rimane sempre all'ordine del giorno per i laboratori e conserva lo stesso carattere di attualità che aveva all'inizio dell'era batteriologica. Già fin dal 1911, Metchnikoff e Besredka osservavano che da molti si domandava se la batteriologia non era fino allora rimasta nell'errore e se il bacillo di Eberth fosse realmente da considerarsi come l'agente patogeno della malattia. L'opinione espressa in questa frase è certamente contraria a quella dominante nei libri classici, ma vi sono pertanto dei fatti che tendono ad appoggiarla. Si ammette per esempio che uno dei principali veicoli del contagio sia l'acqua inquinata con materie fecali. Ora è un fatto paradossale ed imbarazzante che il bacillo del tifo non si trova che eccezionalmente nell'acqua, tanto che non lo si ricerca nemmeno più, e ci si accontenta di ricercare il *B. coli*. Un altro argomento è la scarsa vitalità dei bacilli del tifo nell'acqua. È in complesso ben strano che si attribuisca tanta importanza ad un veicolo come l'acqua che viceversa non contiene il germe infettivo, o soltanto in quantità così piccola che non è rivelabile dai nostri mezzi di laboratorio che sono pur abbastanza sensibili.

Ma, come riferisce P. Hauduroy (*Bulletin médical*, 1924, n. 11), vi sono altre osservazioni che tendono a mettere in dubbio che il bacillo di Eberth sia il germe specifico della tifoide. Quando si fanno ingerire delle feci di un tifoso ad una scimmia, l'unico animale sensibile all'infezione tifoide per via orale, si riesce *sempre* a riprodurre i sintomi patologici; con delle colture di fresco isolate dal malato vi si riesce *qualche volta;* le vecchie colture di laboratorio, più volte riseminate, sono quasi sempre incapaci di riprodurre la tifoide. Si è pensato quindi all'esistenza di qualche *virus* filtrabile, ma le esperienze fatte in proposito da Metchnikoff e Besredka sono state negative; esse però appaiono manchevoli e sarebbe opportuno ripeterle. L'A. si orienta verso l'idea che il bacillo porti, accollato per un fenomeno di adsorbimento, l'agente invisibile, causa vera della febbre tifoide. Un fatto analogo si verifica per altri ultravirus, come nel caso del sangue ed anemia perniciosa del cavallo, nel sangue e virus di malattie dei cani, ecc. Il fatto che l'emocultura nella febbre tifoide sia positiva per il bacillo di Eberth non contraddice a tale ipotesi. È noto che nel colera dei porci, in un dato momento si trova sempre il microbo che era stato ritenuto patogeno, mentre oggi si sa che la vera causa della malattia è un ultravirus. Questo, di per sè, non produce sintomi patologici, ma prepara il terreno, in un modo che ci è del tutto ignoto, e mette in evidenza il bacillo che determina i sintomi della malattia. Non è improbabile che anche per la febbre tifoide possa trattarsi di un analogo binomio eziologico, secondo la felice definizione di Verney.

Anche la questione dell'immunità è tutt'altro che chiarita. Si è foggiata la misteriosa parola di « anticorpo » che serve a mascherare la nostra ignoranza e che ha il solo effetto di spostare la questione. Secondo l'A. è il batteriofago che interviene in modo certo e costante nel processo

di guarigione della tifoide. Lo si trova sempre nelle feci e nel sangue in un determinato momento della convalescenza e, sebbene vi siano ancora dei punti oscuri da chiarire, si è probabilmente sulla buona via verso la soluzione della questione.

Anche sul problema della profilassi, non è ancor detta l'ultima parola. Nulla vi è da eccepire, naturalmente sulle misure d'igiene, riguardanti l'approvvigionamento di buone acque e simili, a cui si potrà tutt'al più portare la modificazione di qualche particolare. Ma si deve considerare soprattutto la vaccinazione preventiva, che pure, durante la guerra si è dimostrata abbastanza efficace per proteggere dalla tifoide per un certo numero di anni. Praticamente, però non si può estendere tale misura fra le popolazioni civili, poichè non si può pensare a vaccinare e rivaccinare ogni 3-4 anni dei milioni di individui, e non si deve trascurare la possibilità di reazioni spiacevoli quando la pratica si porta da individui abbastanza robusti e giovani, come erano i soldati, alla generalità della popolazione. Ma poi non è male domandarsi se la vaccinazione, come si pratica, sia realmente utile. La titolazione dei vaccini antitifici si fa su cavie e conigli, cioè su animali ben poco sensibili. Quando invece si sperimenti sullo scimpanzè, il solo animale che può fare una tifoide sperimentale, si vede che esso non può essere vaccinato con dei microbi morti, e che soltanto un'iniezione di microbi viventi può dargli un'immunità solida. Sarà quindi bene che anche in questo campo si continuino gli studi per trovare il vaccino ideale che, dia praticamente, con le minime reazioni, e scientificamente un'immunità che duri quanto più a lungo possibile.

Per quanto riguarda la terapia, l'A. osserva che l'unica terapia specifica è la batterioterapia che però conta numerosi insuccessi e non è certamente molto usata. Le nostre speranze sarebbero rivolte al batteriofago, con il quale l'A. ha ottenuto risultati buoni che gli sono stati confermati da altri. È dunque da augurarsi che tale metodo si usi più largamente in modo che si possa apprezzarlo al giusto valore. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. B. Daves da B.:

Per le cure balneari marine, consulti il volume: *Crenoterapia, talassoterapia*, nella Biblioteca terapeutica di GILBERT e CARNOT; ne esiste una traduzione italiana, presso F. Vallardi ed., Milano; J. JARRICOT. *Le dispensaire marin*. Masson e C., Parigi. L'argomento viene evidentemente trattato nei Congressi di talassoterapia.

Sulle colonie, veda i comuni manuali di igiene generale e scolastica; fra questi ultimi: LUSTIG e ILVENTO. *Igiene della scuola*. F. Vallardi ed., Milano; GUTIERREZ. *Importanza igienica delle istituzioni parascolastiche*. Cooperativa grafica degli operai, Milano. Consulti anche: M. FLAMINI. *Assistenza sanitaria infantile*. Vallardi, e le pubblicazioni dei Bollettini della Croce Rossa Italiana. *fil.*

All'abbonato 10690:

Consulti: LEHNARTZ. *Chimica e microscopia al letto dell'ammalato*. F. Vallardi ed., Milano. — TARCHETTI e GOGGIA. *Microscopia e batteriologia clinica, con breve appendice di chimica clinica*. Ibidem, prezzo L. 45. *fil.*

Esercizio dei medici italiani all'Estero. — Riceviamo frequenti richieste d'informazioni sulle norme che regolano l'esercizio dei medici stranieri negli Stati Uniti. È da avvertire che queste norme variano da uno Stato all'altro e che vengono modificate col tempo; quindi non riesce possibile di tenersi al corrente di esse, e di dare informazioni sicure. Val meglio rivolgersi di volta in volta al Commissariato per l'Emigrazione (via Boncompagni 30, Roma) od all'Ambasciata Americana (via S. Susanna 2, Roma) direttamente o pel tramite del nostro Ministero degli Esteri.

Altrettanto si dica per l'esercizio professionale in altre Nazioni e in particolare nel Brasile (Ambasciata: via Po 32-34, Roma) e nell'Argentina (ministro in Italia: piazza Esquilino 2, Roma; oppure Instituto Argentino de Cultura Itálica, colle Charcas 1387, Buenos Aires).

VARIA.

La malattia e la morte del Presidente Ebert.

La *Deutsche medizinische Wochenschrift* nel numero del 13 marzo c. a. pubblica un particolareggiato resoconto dei medici che hanno assistito Ebert, il presidente della Repubblica germanica, nella malattia che lo trasse alla tomba. La pubblicazione si presenta interessante sia per sfatare molte voci inesatte che si erano diffuse sia anche dal punto di vista strettamente medico-chirurgico.

Medico curante era il dott. A. Freudenthal, il quale però non ebbe occasione di intervenire se non nel 1919, per un attacco di dolori addominali a tipo di crampi con tutti i caratteri di una colica biliare, curato con applicazioni calde ed iniezioni di morfina. In seguito, vennero precritte la dieta adatta e delle cure idropiniche continuate anche a domicilio; un giorno, anzi, in luogo del-

l'acqua minerale, Ebert, per sbaglio, bevve un bicchiere di acqua ossigenata che era stata messa nella stessa bottiglia dell'acqua. Ne seguirono dolori vivissimi e vomito sanguigno; le iniezioni di morfina, le lavande gastriche e la dieta fecero scomparire ogni disturbo senza che, poi, si verificasse nessuna conseguenza. Si ebbero poi, di tanto in tanto, altri attacchi leggeri di coliche biliari sempre senza febbre ed una sola volta accompagnati da itterizia. Dal 1922 non si ebbe più nessun attacco fino all'aprile 1924; allora il medico del luogo dove Ebert si era recato in vacanza, aveva fatto diagnosi di colica biliare e di irritazione del cieco.

Al 9 di febbraio, Freudenthal venne chiamato da Ebert per dei disturbi che lo affliggevano fin dal Natale: stanchezza, perdita di appetito, tosse, oppressione di respiro. Alla visita egli riscontrò: abito adiposo, pletorico, lieve dispnea, temperatura 36°,8, polso piccolo regolare, di 84 al minuto, arterie apparentemente non indurite, ottusità cardiaca non aumentata, toni puri, ma leggeri; limiti polmonari aumentati, rantoli bronchitici diffusi: il fegato molle, non sensibile alla pressione, con il margine inferiore a tre centimetri sotto l'arco costale sulla mammillare, nessuna tensione muscolare. In seguito ad una cura di riposo e di dieta, con qualche tonico cardiaco, il paziente si rimise bene dall'attacco che può essere diagnosticato per influenzale.

Nella notte del 23 marzo, Ebert avvertì come degli stiramenti nella regione epatica ed ebbe una scarica; alla visita si riscontrò una lieve sensibilità alla pressione nella regione della cistifellea, ma nessuna difesa muscolare. I dolori addominali si fecero poi più forti; verso le 18, si notava forte dolore alla pressione nella regione appendicolare, lieve difesa muscolare, nessuna ottusità; polso 70, temperatura 36°, 9. Nella serata i fenomeni locali andarono aumentando ed il prof. A. Bier, chiamato in consulto, aderì per l'operazione d'urgenza che venne fatta dallo stesso Bier alla mezzanotte, in eteronarcosi.

Incisione di Mac Burney-Wechsel; all'apertura della parete addominale fuoriuscì un'abbondante quantità di essudato purulento, inodoro e si presentarono delle anse del tenue rigonfie e molto arrossate. L'appendice si potè trovare nella parte alta dell'incisione come una formazione rigida sporgente nella cavità addominale. L'operatore non credette conveniente ampliare l'incisione per la notevole adiposità, per la posizione così in alto dell'appendice e per lo stato di rigonfiamento delle anse, ma preferì attaccare la muscolatura profonda per poter guadagnare spazio sufficiente. Anche in tali condizioni la cosa si presentava difficile perchè le anse intestinali continuamente fuoriuscivano ed il cieco aderiva saldamente alla parete posteriore. Si potè finalmente liberare l'appendice, che era largamente perforata, separarla dal mesenterio ed asportarla, ripulendo la cavità addominale dall'essudato che sgorgava spontaneamente. L'operazione era completa già 20 ore dopo i primi sintomi indeterminati e 7 ore dopo l'inizio dei sintomi appendicolari.

Dopo un paio di giorni di benessere, si stabilì la paralisi intestinale, (con addome rigonfio, polso piccolo a 150) contro la quale riuscì inefficace l'iniezione endovenosa di neohormonal. Si tentò di vincerla con clisteri che diedero qualche volta esito a feci e gas; per liberare l'intestino, si ricorse anche, dapprima alla puntura e poi addirittura all'incisione di un'ansa del tenue che si affacciava alla ferita; si ebbe esito di feci e di gas e le condizioni sembravano talvolta migliorare, ma alla fine, per un improvviso decadimento delle forze, si ebbe la morte, circa cinque giorni dopo l'intervento.

I principali reperti dell'autopsia furono: peritonite generale fibrinosa senza essudato; pigmentazione melanotica della valvola del Bauhino, infiammazione purulenta delle anse intestinali prossime all'incisione ed emorragica delle altre anse. Due piccole ulceri croniche dello stomaco, con numerose erosioni emorragiche della mucosa; infiammazione cronica della cistifellea, con calcoli; milza, rene, fegato da stasi, con emosiderosi. Notevole adiposità generale (lo spessore del pannicolo adiposo addominale era di cm. 5.7), calcificazione dell'aorta addominale.

Epicrisi. L'infiammazione acuta dell'appendice non è stata che un fenomeno dell'infiammazione necrotizzante della mucosa del tenue, la quale ebbe probabilmente origine da un'infezione dell'ulcera gastrica. L'esito letale, nonostante che la peritonite non abbia progredito, fu determinato dalla paralisi gastrointestinale sostenuta particolarmente dalle alterazioni della mucosa dello stomaco e dell'intestino. Vi contribuirono anche la forte adiposità e la calcificazione dell'aorta addominale, come pure l'aumento dei diplostreptococchi che portarono una distruzione delle emazie dimostrata dall'emosiderosi della milza e del fegato. È degno di nota che si trovava in questo caso la triade: colecistite cronica con calcoli, ulcera gastrica ed appendicite.

Tutto il quadro clinico fu dominato dalla paralisi intestinale, tanto grave che nè la puntura nè l'incisione dell'intestino poterono far svuotare il contenuto intestinale. Altrimenti, nonostante la gravità dell'appendicite, si avrebbe avuta forse una guarigione per prima. I sintomi osservati nelle prime ore di malattia non potevano certamente far sospettare l'appendicite. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Su l'infanzia anormale.

La Direzione Generale dell'Amministrazione civile ha diramato ai sigg. Prefetti la seguente circolare, datata 4 febbraio:

« L'articolo 28 del R. D. 31 dicembre 1923, numero 3126, sull'obbligo dell'istruzione prescrive una speciale assistenza e l'organizzazione di classi differenziali per i fanciulli anormali, e stabilisce che a tal uopo deve essere stanziata nel bilancio passivo del Ministero dell'Istruzione l'annua somma di lire 500,000, mentre i Comuni del Regno saranno tenuti a versare ai Patronati scolastici L. 100 per ogni alunno che presenti, a giudizio tecnico, anormalità di sviluppo suscettibili di correzione e miglioramento mediante speciale assistenza educativa, salvo speciali inderogabili esigenze locali dell'educazione differenziale.

« Ora, occorrendo dar pronta esecuzione alle disposizioni della suddetta legge, si reputa opportuno che le SS. LL. predispongano le ricerche occorrenti per la pratica attuazione delle surricordate previdenze, accertando a mezzo dei Sindaci il numero dei ragazzi anormali, esistenti nei diversi Comuni delle rispettive Provincie, e di quelli suscettibili di correzione e miglioramento mediante speciale assistenza educativa.

« Nel mentre si avverte che i dati all'uopo raccolti dovranno dalle Prefetture essere direttamente trasmessi al Ministero dell'Istruzione (Direzione Generale per l'Istruzione elementare), questo Ministero gradirà intanto un cenno di assicurazione in proposito ».

Pel Ministro: SERRA CARACCIOLO.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BIELLA (*Novara*). — Scad. 20 apr. Cond. urbana Vernato. L. 7000, oltre doppio c.-v. in L. 150 e indenn. ambulatorio.

BROZOLO (*Torino*). — Scad. 30 apr. Cond. e uff. san.; L. 7500 e 1° c.-v., alloggio, indennità varie.

CATANZARO. — Scad. 25 apr. Direttore del *Consorzio antitubercolare fra i Comuni e la Provincia*; vedi fasc. 14.

CESENA (*Forlì*). *Congregazione di Carità*. — A tutto 30 aprile chirurgo primario dell'Ospedale Civile; L. 12,000; compartecipaz. onorari; indennità varie. Limite di età a. 40. Nomina in base a terna. A richiesta la Segreteria invierà bando di concorso, capitolati e tutte le informazioni del caso.

DOMODOSSOLA. *Ospedale di S. Biagio*. — Primario medico. Scad. 30 apr. L. 2400 oltre 50 % tasse di cura e 60 % tasse ambulat. Lib. doc. in patol. med. o clin. med. Laurea da 10 anni.

GIRGENTI. *Congregaz. di Carità*. — Chirurgo-direttore dell'Osp. civile. Scad. 22 apr. Vedi fasc. 11.

MANFREDONIA (*Foggia*). — Scad. 20 apr. L. 8500. Rivolgersi Segreteria comun.

MELIZZANO (*Benevento*). — Per Dugenta; scad. 30 apr.; età lim. 40 a.; docum. a 6 mesi; L. 4000 (*sic*) e 5 quinq. decimo; obbligo delle vaccinaz. e rivaccinaz. e di sottostare a tutti i doveri previsti dal Capitolato.

MERCATELLO (*Pesaro Urbino*). — In esecuzione di posteriore determinazione presa dalla On. Giunta Provinciale Amm., lo stipendio del medico chirurgo condotto è portato a L. 9000, ferme tutte le altre condizioni e la scadenza del bando di concorso.

MONTE S. MARIA TIBERINA (*Arezzo*). — A tutto il 30 apr., per Lippiano; L. 10.000 oltre c.-v.; servizio nell'Ospedale; alloggio gratuito; per uff. san. del comune L. 500; quattro quadrienni decimo; fino a 1000 pov.; cavalc. non obblig. Età lim. 40 a.

MONTEMARCIANO (*Ancona*). — 1ª cond.; stip. lire 8500; p. cav. obbligat. L. 3000; L. 1000 p. servizio chirurgico ai poveri di tutto il territorio; c.-v. Accettaz. entro 10 gg., serv. entro 40. Dagli abbienti 50 % tariffa. Scad. ore 12 del 25 apr. Età lim. 40 a. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

PALERMO. *R. Università*. — Assistente alla Clinica medica; L. 7000 e 2 quinquenni, oltre c.-v. Prova scritta e orale clinica. Tassa di L. 50 all'Economato. Scad. 30 apr. Nomina e conferme annuali. Domande al Rettore.

PARMA. *R. Istituto super. di Medic. veterin.* — Assistente alla cattedra d'igiene, polizia sanit. e tecnica delle ispezioni delle carni da macello; vedi fasc. 14. Scad. 30 apr.

PIEDIMONTE S. GERMANO (*Caserta*). — Condotta; L. 8000 e 5 quadrienni decimo, oltre L. 500 uff. san. e L. 2400 cav.; tariffa minima Ordine per gli abbienti. Scad. 40 gg. dal 31 mar. Tassa lire 50.10 alla Tesoreria com.

PISA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare*. — Vice Direttore del Dispensario Profilattico Centrale di Pisa; titoli ed esami; L. 14,000 oltre le indennità di legge per incarichi fuori resid. Docum. agli Uffici di Segreteria presso la R. Prefettura non oltre le ore 18 del 30 apr. Età mass. 35 a. al 1° aprile. Voti esami speciali. Cultura igienica ed esperienza clinico-medica, avvalorate da pratica di laborat. in indagini fisico-chimiche-micrografiche e batteriologiche. Tassa L. 50.05. Nomina e conferma biennali. Chiedere annunzio.

S. GREGORIO DA SASSOLA (*Roma*). — A tutto 20 aprile; cond.; vedi fasc. 11.

SAVOIA DI LUCANIA (*Basilicata*). — Al 30 aprile, ore 12; età lim. 50 a. L. 8000 e 6 aumenti quadriennali per l'ammontare complessivo pari a cinque decimi dello stipendio stesso; addizion. L. 5 oltre i 300 pov. Ab. 1336, in collina. Serv. entro 10 gg.

TAGLIACOZZO (*Aquila*). — Al 30 apr., 3ª cond.; L. 9500 oltre L. 3000 cav.; rivolgersi Segreteria.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

L'Accademia di Medicina di Parigi ha conferito, per il 1924, 44 premi, tra cui uno a Sicard e Forestier per l'introduzione degli olî iodati nella roentgenografia, uno a Portret per la cura elettrogalvanica del gozzo esoftalmico, uno a G. Ramon de Garches per l'introduzione dell'anatossina difterica; uno a G. Bidou per il controllo fisiologico degli arti artificiali; uno ad Haudruroy per la batteriofagoterapia del tifo; uno a Bourguignon per l'applicazione pratica della cronoassia.

Per il 1925 l'Accademia dispone di 53 premi di cui 47 internazionali. Il numero totale di premi istituiti presso l'Accademia è di 88.

L'Università di Berna ha conferito il premio T. Kocher al prof. Baltzer, per incoraggiarne le ricerche sull'eredità e sulla predeterminazione del sesso.

La Facoltà Medica di Berlino ha conferito al dott. G. Hauffe il premio della Fondazione Rathenau, destinato a promuovere le ricerche sul reumatismo articolare.

L'Académie des Sciences di Parigi ha assegnato il premio Bouchard al dott. Gabriel Bidou di Parigi, per i suoi lavori sulla protesi degli arti.

Il prof. G. Sanarelli, membro dell'« Académie de Médecine » di Parigi, è nominato dal Governo Francese grande ufficiale della Legion d'Onore, in riconoscimento dei suoi alti meriti scientifici.

Il re Alfonso ha conferito la croce dell'Ordine d'Isabella ai proff. Abelous, decano della Facoltà Medica di Tolosa, Bardier e Molinéry, in occasione di una visita di medici francesi alla Spagna, fatta durante la settimana clinica di Tolosa.

Il prof. Silvio De Stefano, aiuto nella R. Clinica Pediatrica di Napoli, è nominato, per concorso, direttore sanitario dell'Ospedale infantile « Pausillipon » di Napoli.

La Borsa di Studio « Ragnoli » di L. 10,000 bandita dalla R. Università di Padova per iniziativa dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, in data 1° novembre 1924, per il miglior lavoro sul tema: « *La portata economica dell'Igiene, dell'Assistenza e della Previdenza Sociale; valutazione delle perdite economiche causate alla Nazione italiana da malattie ed infortuni evitabili, con particolare riguardo alle classi lavoratrici* », è stata aggiudicata il 27 gennaio 1925 in Padova da una Commissione così composta: prof. Corrado Gini, Direttore dell'Istituto Autonomo di Statistica; prof. Marco Fanno, Ordinario di Economia Politica (designato dal M. Rettore dell'Università di Padova); prof. Oddo Casagrandi, Ordinario di Igiene (designato dal Commissario Governativo dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale).

I concorrenti erano 4 e cioè: dott. Giovanni Angrisani, prof. Vincenzo Moretti, prof. Alberto Pino-Branca, prof. Edoardo Strumia, i quali tutti hanno presentato titoli meritevoli della maggiore considerazione, sì da mettere in evidenza il pieno successo del concorso. In definitiva la Commissione ha proclamato vincitore il prof. A. Pino-Branca, che si è già messo in diretti rapporti con la Direzione dell'I. P. A. S. ed ha iniziato i suoi lavori sotto l'alta direzione del prof. Corrado Gini.

La Società Italiana di laringologia, otologia e rinologia, nel suo XXI Congresso tenuto a Napoli, nominava soci onorari i proff. J. A. Barré di Strasburgo, G. Mingazzini e Q. Di Marzio di Roma.

Il dott. Guido Mantovani è nominato cavaliere dell'Ordine della Corona d'Italia, per bemerenze nel divulgare la coltura.

NOTIZIE DIVERSE.

Per gli orfani dei medici morti in guerra.

La Classe Medica Italiana ha celebrato il suo duplice ardente rito di fede e di amore innalzando, in Firenze, il Monumento ai Colleghi morti in guerra ed ha esaltato con alto fervore il Loro eroismo nel « Libro d'Oro ».

La promessa istituzione delle Borse di Studio può dirsi oramai una realtà. La Classe Medica si farà un nobile dovere di rispondere a questo nuovo richiamo di amore e di civica virtù. A tal uopo si è costituita una commissione centrale, così composta: generale medico F. Della Valle, Presidente; senatore prof. L. Simonetta, Rappresentante Istituto Orfani dei Medici di Perugia; prof. L. Silvagni; colonnello medico prof. C. Baduel, Rappresentante la C. R. I.; prof. P. Gallenga, Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici; ten. colonnello medico prof. A. Santamaria, Rappresentante della Sanità Militare; dott. G. Fatichi, Rappresentante gli Ordini dei Medici distaccati e Sindacati Medici; capitano medico F. Bocchetti, Segretario generale.

Intanto mentre si sta elaborando un più vasto piano, s'è deciso di iniziare immediatamente l'assistenza con fondi residui delle Onoranze ai Medici caduti e della sottoscrizione dal prof. Silvagni iniziata per soccorrere i bisogni urgenti delle famiglie dei Medici in guerra.

Sono stati messi senz'altro a disposizione di tutti gli orfani (maschi e femmine non inferiori ai 7 anni) dei morti in guerra: N. 10 posti all'Istituto degli orfani dei Sanitari in Perugia e N. 10 Borse di studio per l'assistenza in famiglia per gli orfani anche inferiori ai 7 anni di età.

Per poter concorrere a queste concessioni occorre inviare con la massima urgenza i seguenti documenti in carta semplice che costituiranno

quella garanzia necessaria pel criterio distributivo di assegnazione: 1) Domanda diretta al generale medico F. Della Valle, Presidente della Commissione di Assistenza orfani dei Medici morti in guerra; 2) Certificato di nascita dell'orfano pel quale si chiede l'assistenza; 3) Certificato dell'Agenzia dell'Imposte; 4) Stato di famiglia; 5) Certificato di pensione di guerra percepita, con il relativo numero di libretto di pensione.

Detti documenti vanno indirizzati al Segretario Generale dott. Federigo Bocchetti, Direttore del Sanatorio Militare di Anzio (Roma).

Nella R. Clinica Pediatrica di Roma.

Nella Clinica Pediatrica della R. Università di Roma si sono iniziati, col 1° aprile:

un corso di specializzazione, organizzato in una « Scuola di specializzazione in Clinica pediatrica » diretta dal prof. G. Caronia; ha la durata di due anni e comprende dodici insegnamenti, affidati ai proff. Versari, Baglioni, Dionisi, Genoese, Caronia, Sindoni Maria, Busi, Ferreri, Cirincione, D'Alise e Nicoletti; tassa d'immatricolazione L. 300, tassa annua d'iscrizione L. 750, tassa d'esame L. 75;

un corso di puericultura, organizzato in una « Scuola di puericultura » diretta dal prof. G. Caronia; durerà fino al 15 luglio; comprende otto insegnamenti, affidati ai proff. Versari, Baglioni, Sindoni Maria, Genoese, Caronia, Palomba, Gualdi Enrico, De Sanctis Sante; tassa d'iscrizione L. 750; tassa d'esame L. 75.

Corso di perfezionamento in Medicina del Lavoro.

Promosso dal Ministero dell'Economia Nazionale anche quest'anno si terrà dal 20 aprile al 20 giugno, presso la Clinica delle malattie professionali della R. Università di Napoli (Ospedale Gesù e Maria), per i medici, un corso di perfezionamento in *Medicina del lavoro*, con lezioni teoriche, esercitazioni pratiche di clinica e di laboratorio, visite agli stabilimenti industriali e agli Istituti di previdenza.

Per iscriversi presentar domanda all'Economato della R. Università corredandola del certificato di laurea e versando la tassa di iscrizione di L. 200.

Previo esame finale sarà rilasciato un certificato; ai due che faranno il migliore esame, sarà assegnato un premio di L. 300, e ad altri due ancora sarà rimborsata la tassa di iscrizione. Inoltre il Presidente generale della Croce Rossa Italiana ha disposto che vengano concesse L. 1000 per essere divise in due premi di L. 500 ciascuno fra i medici della C. R. I. che abbiano frequentato con maggior profitto i corsi di Medicina del lavoro.

Congresso Medico Scandinavo.

Il 12° Congresso Scandinavo di Medicina Interna si adunerà a Stocolma il 27 agosto; i temi in discussione sono: « Patogenesi dell'ittero » ed « Esami funzionali del fegato »; relatori: Meulengracht, O. Scheel e Tillgren. I medici stranieri saranno benvenuti. Per informazioni rivolgersi al segretario generale, Dr. G. Rystedt, Stockholm (Svezia).

L'11° centenario dell'Ateneo ticinese.

Nel mese di maggio verrà solennizzato il 1100° anno di fondazione dell'Università di Pavia, che venne organizzata a scuola di studi superiori da Lotario I, imperatore d'Occidente e re d'Italia, nell'anno 825; già esisteva allora, per altro, nella città, un fiorente insegnamento.

Società di Medicina e Chirurgia del Salento.

È stata costituita di recente ed ha tenuto in marzo la sua prima riunione; alla presidenza è stato chiamato il prof. Mario Pennetta; sono stati acclamati soci onorari i conterranei proff. Dante De Blasi, Filippo Bottazzi e Noè Scalinci.

Per le assicurazioni sociali.

Si è riunito a Ginevra, nella Sede dell'Ufficio internazionale del lavoro, il Comitato consultivo degli esperti per le assicurazioni sociali.

Erano presenti i proff. Fuster e Dreyfus per la Francia, il sig. Cohen per l'Inghilterra, l'avv. Bargoni per l'Italia, il prof. Manes e il dott. Freund per la Germania, il dott. Winter per la Cecoslovacchia.

Gli esperti hanno iniziato l'esame di una relazione, preparata dall'Ufficio internazionale del lavoro, da sottoporsi alla Conferenza internazionale che si terrà a Ginevra nel prossimo maggio.

Il Comitato unanimemente si è trovato d'accordo nel riconoscere che l'assicurazione sociale ha per scopo non soltanto la riparazione delle conseguenze economiche degli infortuni e delle malattie, ma anzitutto l'organizzazione della prevenzione per la difesa della integrità fisica dei lavoratori e per la conservazione della loro capacità lavorativa.

Questa direttiva risponde alla tesi che, sempre sostenuta in Italia dalla Cassa Nazionale Infortuni, è stata validamente esposta in questa riunione degli esperti dal suo direttore generale gr. uff. avv. Foscolo Bargoni.

Reparti per malattie infettive a New York.

Il commissario di sanità di New York ha istituito cinque « clinics on contagious diseases » nell'Ospedale Willard Parker. Due di questi reparti sono destinati alla difterite, uno alla scarlattina, uno al morbillo, uno alle ricerche di laboratorio. Sono stati affidati ai dottori W. H. Park, H. W. Berg, W. J. Mersereau e alla dott.sa J. H. Goldberger. Hanno cominciato a funzionare nel mese di gennaio u. s.

Disposizioni testamentarie di Bergonié.

Il prof. Bergonié, vittima dei raggi X, ha legato 100.000 franchi per contribuire alla costruzione di nuovi locali per centri di studi anticancerosi; i suoi apparecchi al centro regionale del cancro; la sua ricca biblioteca alla Facoltà medica di Bordeaux. Ha disposto che il suo cadavere fosse sezionato e che alcuni organi fossero asportati e studiati; l'autopsia è stata compiuta dal prof. Sa-

brazès, titolare di anatomia patologica a Bordeaux, coadiuvato dai proff. Bounin, Villemin, Murateh e Jeanner, presente il decano della Facoltà prof. Sigalas.

In onore di Forgue.

La Facoltà medica di Montpellier ha celebrato il 14° anniversario della nomina del prof. Forgue alla cattedra di clinica chirurgica, presentandogli un ricco volume, che contiene circa 60 memorie di allievi e simpatizzanti.

Esclusione delle medichesse maritate dai servizi sanitari di Londra.

Il Consiglio comunale di Londra ha escluso le medichesse sposate dai servizi igienico-sanitari. È fatta eccezione per quelle attualmente in servizio e che si siano dimostrate utili.

La stessa norma vigeva già prima della guerra; era stata temporaneamente sospesa durante la guerra; nel 1921 su 31 medichesse addette ai servizi sanitari cittadini se ne contavano 5 sposate; attualmente su 34 le sposate sono appena 3.

Per l'inventore del laringoscopio.

È stata solennizzata a Madrid la scoperta del laringoscopio, che venne compiuta da un artista del canto, Manuel Garcia, il quale in tal modo inaugurava lo studio scientifico della laringe.

Dopo una cerimonia all'Accademia di Medicina, venne scoperta una lapide, nella casa che dette al Garcia i natali.

Xenofobia farmaceutica.

Le autorità di Czernowitz, capitale della Bucovina, hanno vietato la vendita di qualsiasi medicinale straniero nella città ed hanno ammonito i medici a non prescriverne: così la « Deutsche Med. Wochens. ».

GIUSEPPE RUGGI.

La sera del 14 marzo una bronco-polmonite da influenza stroncava la vita di GIUSEPPE RUGGI.

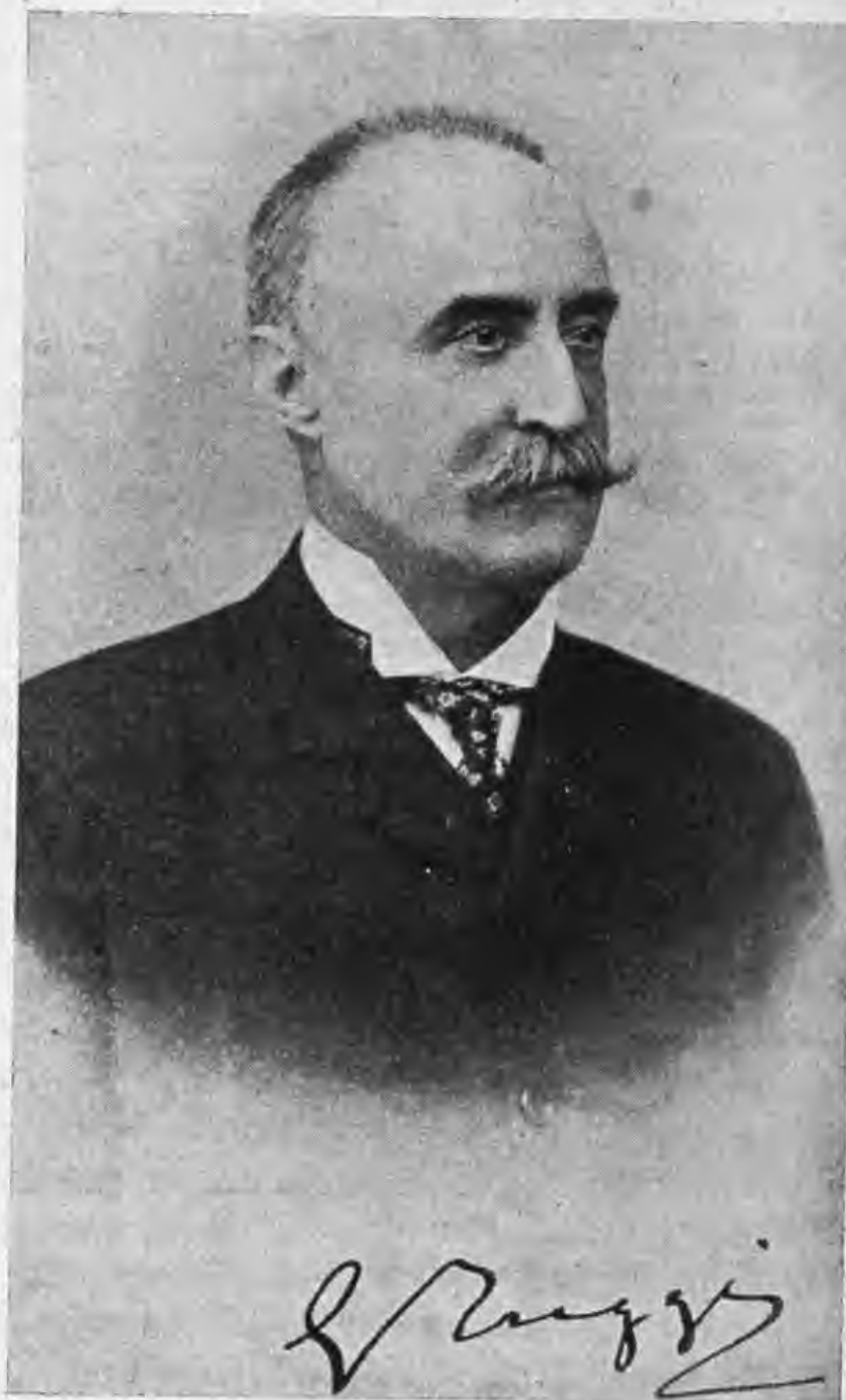
L'unanime compianto di tutto un popolo da lui beneficato; l'imponenza dei funerali, le nobili ed elevate Commemorazioni ai Consigli Provinciale e Comunale, alla Clinica Chirurgica, all'Istituto di Stomatologia, alla Camera dei Deputati; le parole di cordoglio pervenute alla famiglia da tutta Italia stanno a dimostrare la immensa eredità di affetti ch'Egli ha lasciato.

Giuseppe Ruggi nacque a Bologna nel giugno del 1844, e nel luglio del 1868 si laureò discutendo, come tesi di laurea, uno studio clinico e sperimentale intitolato « Contributo alla cicatrizzazione delle ferite », che fu giudicato degno di stampa.

Educato alla severa scuola anatomica del Calori, ammaestrato dal celebre Concato nella semeiotica e nella Clinica, cominciò presto a mettere in evidenza le sue preclare doti chirurgiche.

Giuseppe Ruggi, dopo la laurea, non ebbe maestri, ma fu il vero maestro di sè stesso.

Infatti tutta l'opera sua, prevalentemente rivolta alla soluzione di problemi clinici, o di tecnica operatoria, riveste un carattere assolutamente personale ed originale.

Dal 1873 al 1874 il Ruggi fu incaricato dell'insegnamento della Patologia chirurgica, e nel maggio del 1877 fu nominato Chirurgo Primario dell'Ospedale Maggiore.

Al ricordo di quell'epoca il Grande Maestro soleva ripetere « al mio ingresso all'ospedale le infezioni d'ogni genere erano così frequenti e la mortalità così alta che ne restai spaventato: quelle infezioni non mi permettevano di iniziare e svolgere il vasto programma di chirurgia che mi ero formato nella mente ».

Il Ruggi intuì subito che nella medicatura antisettica Listeriana eravi la salvezza, e primo in Italia, l'adottò senza indugi, superando difficoltà d'ogni genere, non ultima quella finanziaria.

Pochi mesi dopo il chirurgo giovane, ma già salito in fama, stampò una relazione destinata all'amministrazione spedaliera, e nel 1879, edito dallo Zanichelli, pubblicò un lavoro completo sulla medicatura alla Lister mettendone in preciso rilievo i vantaggi e gl'inconvenienti.

Il Ruggi fu pure un precoce e valente patrocinatore dell'asepsi, e non cessò mai dal modificare e perfezionare quei metodi generali di medicatura

e di preparazione preoperatoria, traendone reali ed ottimi vantaggi.

La conoscenza mirabile dell'anatomia chirurgica, e la esatta interpretazione delle leggi fisiopatologiche gli furono di guida costante nella creazione di metodi operatori, o nella modificazione di quelli già esistenti. Il Ruggi eccelse sempre: in ginecologia immaginando ed eseguendo con ottimi risultati il suo processo d'isterectomia vaginale. (Il Giordano, con frase felicissima, nel suo Trattato di Medicina operatoria, chiama il Ruggi il Pontefice di detta operazione). Ed in seguito: il taglio vulvo-vaginale laterale a sinistra; la resezione ovarica per via vaginale; la cura radicale, per via vaginale, del prolasso dell'utero. Negli altri campi della chirurgia ricorderò la laringectomia con chiusura, in primo tempo, della comunicazione tra faringe e trachea (1° caso in tutta la letteratura); la laringostomia che tanti benefici risultati ha dato anche nei feriti della nostra guerra; la pneumectomia (1° caso in Italia, 2° nella letteratura medica); la plastica delle pareti vescicali in casi di estrofia (i primi tre casi curati in Italia); il taglio trasversale delle pareti addominali al disopra dell'ombelico per la nefrectomia, per la splenectomia, per i tumori del fegato, e per aggredire ed asportare un carcinoma primitivo del pancreas, primo caso questo noto nella letteratura italiana ed estera.

Ma la genialità del Ruggi rifulse (eravamo nel 1892) col suo metodo inguinale di cura radicale dell'ernia crurale, che per la perfezione e per i risultati è paragonabile in tutto al processo del Bassini per la cura dell'ernia inguinale.

La Facoltà Medico-Chirurgica di Modena nel 1894 lo volle, ad unanimità, Maestro di Clinica Chirurgica. A Modena il Ruggi raccolse nuovi allori, e vi rimase fino al 1905, epoca in cui, per concorso, dichiarato primo assoluto, fu nominato Direttore della Clinica Chirurgica di Bologna, ove rimase fino al suo 75° anno.

Dal 1894 al 1919 la sua attività scientifico-pratica fu meravigliosa: il Ruggi non cessò mai dall'insegnare con passione e con alto senso del proprio dovere, nè dallo scrivere e dal pubblicare le cose più degne. Fra queste, rimarchevoli: *la cura del varicocele, un caso di asportazione di 3 metri e 30 d'intestino seguito da guarigione, l'emiprostatectomia per via perineale, il metodo di nefropessia lombare.*

Fra i suoi contributi clinici originali vanno ricordate alcune operazioni di simpatectomia al collo ed all'addome.

Il Ruggi infatti che fu tra i primi ad eseguire la simpatectomia al collo per il glaucoma, fu portato a studiare la chirurgia del simpatico con criteri basati sulla fisiopatologia di questo importante sistema, e nel 1899 pubblicava due lavori nei quali è contenuto tutto quello che costituisce il presupposto teorico delle operazioni di Jaboulay e di Leriche.

L'Uffreduzzi, nella sua relazione sulla « *Chirurgia del simpatico* » all'ultimo Congresso della nostra Società Italiana di Chirurgia, rivendicava al Ruggi il più antico esempio di simpatectomia perivasale e vasale, fatta allo scopo di modificare il regime di innervazione e di circolazione di un dato territorio: il Ruggi perciò può a buon diritto essere considerato come il vero precursore di quei concetti e di quelle applicazioni, che più tardi collo Jaboulay, e specialmente col Leriche incontrarono tanta fortuna.

Il Ruggi fu circondato dall' ammirazione dei suoi moltissimi allievi e di tutti gli studenti che ebbero la fortuna di averlo maestro e a Modena e a Bologna, non solo per le sue moltissime benemerenze scientifiche, e per il suo proficuo insegnamento, ma ancora per quell'eccezionale sicurezza operatoria, basata, come ho già detto, sulla più perfetta conoscenza dell'anatomia. Io potrei dire che il Ruggi dipingeva con mano maestra, tanto era elegante e preciso, sia nella dieresi, sia nella sintesi, sia anche nel completamento di ogni atto operativo, anche il più complesso ed il più irto di difficoltà. A queste qualità egli aggiungeva una calma aristocratica, ed una tranquillità non comune, sempre preziosa ed ammirevole, pronto a raddoppiarla di fronte alle sorprese, agli ostacoli più gravi, ed ai più impreveduti accidenti.

Nel maggio del 1915, il Ruggi venne nominato consulente chirurgo del 6° Corpo d'Armata. La sua Clinica fu militarizzata e accolse e curò mirabilmente, con risultati soddisfacenti, moltissimi e gravi feriti. In quei quattro anni di guerra egli venne al fronte più volte, e in tutte le sue visite s'interessò vivamente dei feriti e dei mezzi di cura messi a loro disposizione, dando qua e là, dei consigli che furono sempre preziosi.

Nell'ultimo suo libro « Ricordi della mia vita », Egli ha scritto:

« Volendo fare il chirurgo, in un periodo nel quale tutto era da rinnovare, dovevo sovente interrogare me stesso, per conoscere se la mia azione era in regola con la mia coscienza ». E le ultime Sue parole, prima d'addormentarsi nel sonno eterno, furono queste: « Ho la coscienza tranquilla e muoio serenamente ». E serenamente si è spento perchè in realtà la sua azione fu sempre in regola con la sua coscienza; egli fu buono, onesto fino allo scrupolo e sempre al servizio della verità nella scienza e nella vita. Io e i moltissimi suoi allievi gli dobbiamo tutto, perchè tutto abbiamo imparato da lui, ma anche la chirurgia italiana è a Giuseppe Ruggi debitrice di una parte non piccola del suo rapido progresso!

Prof. CALABRESE.

Si è spento il dott. JEAN CAMUS, *agrégé* alla Facoltà Medica di Parigi, condirettore, dalla fondazione, del « Paris Médical ».

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. de Méd. de Paris, 8 nov. — L. BIZARD. Trattam. dell'alopecia seborroica con i raggi ultra-viol.

Paris Méd., 8 nov. — CARNOT e GAEHLINGER. La cromoscopia gastrica (per apprezzare la secrez. stomacale).

Gaz. Hôpitaux, n. 91. — J. LAUMONIER. La cura di disintossicazione — BAFNOIR. L'elioterapia.

Ann. Médecine, novembre. — L. BRONN e L. SAMPRON. La tbc. intestin. nei tbc. polm. — LABBÉ, NEPVEUX e FORSANS. La patogenesi dell'acidosi.

Anales de la Facultad de Médic., ag. — B. ETCHEPARE. Sordità verbale congenita. — M. A. SAUREGUY. La intradermo-reaz. idatidea di Cassoni. — tubercolosi.

Rev. Méd. de Uruguay, ag. — ABASCAL. Pleurite da pnemobac. di Friedländer. — PLA. Porpora ed emorragia cerebro-meningea.

Prensa Médica Argentina, 10 ott. — A. PEDRAJAS. Ciò che si può fare per i carcinomi gastr. inoperabili. — H. ROFFO. Proprietà del siero di ratti con tumori maligni.

British Medic. Journ., 15 nov. — J. S. HALDONE. L'acclimataz. alle altitudini.

Radiologia Medica, novembre — E. BRACOLONI. Variazioni radiografiche della reg. sacro-lombare. — L. RICCITELLI e B. BELLUCCI. Studio clinico e radiolog. delle grandi caverne polm.

Riv. Ospedaliera, 15-31 ott. — V. VANNI. Infezione da micr. melitensis.

Medicina Klinik., 16 novem. — KUPFERBERG. Profilassi e terapia delle lacerazioni perineali. — G. WALTERHÖFER e O. SCHUMM. Cura dell'anemia perniciosa mediante lo smidollamento.

J. Tropical Medic. a. Hyg., 1° novembre. — A. AGRAMONTE. Sulla profilassi della febbre gialla.

J. Amer. Medical Assoc., 1° novembre. — R. C. CHENEY, Le tossiemie della gravidanza. — R. LIVERMON, A. THOMAS, H. MCNEILL. L'ematuria. — H. WIANETT e M. THOMSON. Trattamento delle fratture composte.

Arch. de medic. y cirugia, 15 nov. — P. CIFUENTES. Il periodo post-operatorio in chirurgia urinaria.

Rev. franç. de Gynéc. Obst., 10 sett. — A. GROSSE. Il trattamento delle pielonefriti della gravidanza e puerperio.

Presse méd., 12 nov. — M. BRULÉ. Diagnosi dell'appendicite cronica. — P. A. PETRIDIS. Il trattamento chirurgico dell'ascesso tropicale del fegato.

Id., 15 nov. — A. SANICHEWSKI. Il riflesso di prensione. — L. CHEINISSE. I regimi nell'ulcera gastrica. — G.-H. ROGER. L'occlusione intestin. speriment.

Rev. med. Barcelona, ott. — L. NOGAER MOLINS. Lo studio dell'equilibrio vago-simpatico viscerale per mezzo del dermografismo. — SERRA DE MARTINEZ. Applicazioni generali della colesterina.

Soc. méd. hôpitaux, 31 ott. — A. SÉZARY. Curabilità dell'emiplegia da arterite sifilitica. — G. CAUSSADE e A. TARDIEU. Gangrena polm. ad evoluzione prolungata.

Ann. Igiene, ott. — B. POLETTINI. Rapporti fra micr. melitense e bac. di Bang. — V. PUNTONI. Effetti della glicerina sul virus rabico. — N. PIETRAVALLE. Azione dei raggi X sulla sospensione di oro colloidale.

Gaz. hôpitaux, n. 94. — BERTRAND. Le perforazioni intestinali dilastasiche.

Rev. de higiene y tbc., ag. — EIZAGUIRRE. La toracoplastica extrapleurale nelle tbc. polm.

An. Paulistas de med. y cir., ag. — DE ASSUMPÇAO. Tipi di meningococco nel Brasile.

Quaderni Psichiatria, n. 11-12. — BARATONO. La teoria di Lange-James sulle emozioni.

British med. Journ., 22 nov. — BUZZARD. Encefalite letargica.

Zblatt. f. inn. Med., n. 47. — BEIN. Avvelenamento da ac. cianidrico ed atrofia gialla acuta del fegato.

Journ. méd. Paris, 15 nov. — PEHN. La sifilide infantile.

Stomatologia, nov. — BOLOGNESI e CHIURCO. Concetti clinico-patogenetici sul noma.

Pediatria, 15 nov. — L. AURICCHIO. Etiologia della varicella. — ROTTINI. Vaccinaz. antiscarlattinosa.

Giorn. di clin. med., 20 nov. — VEGNI. Piopneumotorace subfrenico consecutivo ad appendicite.

Folia medica, 15 nov. — CORSONELLO. Diagnosi fra trasudati ed essudati col metodo Castellino.

Giorn. med. militare, 1° nov. — MANFREDI. La moderna tecnica radiografica. — BAGLIONI. Iniezioni endovenose di urotropina negli itteri infettivi.

Igiene moderna, luglio. — VITALI MAZZA. Lisi microbica trasmissibile in serie e virus filtrabile nell'ozena.

Deut. med. Wochensch., 14 nov. — LÜDKE. Sulla tossina dissenterica. — FORTIG. La reaz. di W. nella tbc., specialmente nella tbc. cutanea. — STREMPEL. Sulla coltura del gonococco. — FLESCH. Il trattamento della spasmofilia infantile con la lampada a quarzo.

Zblatt. f. Chirurgie, 22 nov. — W. V. SIMON. Osteotomia sottotrocanterica nella paralisi infantile. — E. EIECK. Infusione endovenosa goccia a goccia.

Surg., Gynecology and Obstetrics, nov. — S. KING. Il trattamento degli ascessi e delle ernie cerebrali. E. KING. Nuovo metodo per rendere pervio l'esofago stenosato. — E. RIES. Pseudomyxoma peritonei. — VAUGHAN e BRAMS. Diagnosi precoce delle perforazioni acute da ulcera con l'esame radiologico del pneumoperitoneo spontaneo.

Arch. Schriffs-Tropen-Hyg., n. 11. — W. BAX. Terapia dell'amebiasi con lo Yatren. — STRADOMSKY. Le iniezioni endovenose di chinino nella malaria.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità (Collezione del "POLICLINICO„) pei nostri signori abbonati:

Dott. ANTONIO SEBASTIANI
Medico aiuto negli Ospedali di Roma

I disturbi del ritmo cardiaco

Prefazione del prof. Giuseppe Bastianelli.

Espone in modo chiaro e semplice l'argomento in apparenza così complesso delle aritmie. Il manuale che è dedicato essenzialmente al medico pratico, è corredato da numerosi e nitidi elettrocardiogrammi (tutti casi osservati personalmente dall'A.), specialmente allo scopo di far intendere meglio in che cosa consiste il disturbo; vi sono riferite le vedute più recenti riguardo alla patogenesi; ed ogni capitolo è chiuso dai «dati clinici» che si riferiscono allo speciale disturbo trattato.

Un volume in-8 (N. 7 delle nostre «Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità»), con 73 figure intercalate nel testo, nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo L. **18.** — Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **16.25** in porto franco.

Dott. Prof. G. L. SACCONAGHI
Medico primario negli Ospedali civili di Brescia

La Clinica della ADESIONE PERICARDICA

(Fibrechia del cuore) nell'aspetto suo diagnostico

Un volume in-8 di circa 200 pagine (N. 6 delle nostre «Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità»), nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo L. **20.** più le spese postali di spedizione. — Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **17.75** franco di porto.

Dott. VITTORIO GHIRON
Assistente v. nella R. Clinica Chirurgica di Roma.

L'importanza delle paratiroidi secondo le odierne vedute

Un volume in-8 (N. 5 delle nostre «Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità»), di pag. VIII-125, nitidamente stampato su carta semi-patinata, con 25 figure nel testo. — Prezzo L. **14.** più le spese postali di spedizione. — Per gli abbonati al «Policlinico» sole L. **12.75** franco di porto.

Dott. Silvestro Silvestri
Aiuto nella R. Clinica Medica di Roma

LE NEFROPATIE secondo le moderne vedute.

INDICE SISTEMATICO: Prefazione. — Cap. I. **Ricordi anatomici.** - Cap. II. **Fisiologia renale.** - Cap. III. **Classificazione delle nefropatie.** - Cap. IV. **Semeiologia urinaria.** - Cap. V. **Esame delle funzioni renali.** - Cap. VI. **Segni clinici in rapporto alla insufficienza renale.** - Cap. IX. **Nefrosi.** - Cap. VIII. **Glomerulonefriti.** - Cap. IX. **Glomerulonefrite cronica diffusa.** - Cap. X. **Sclerosi renale.** - Cap. XI. **Rene da stasi.** — **Bibliografia.**

Elegantissima brochure di pag. VI-168 (N. 3) delle nostre «Monografie medico-chirurgiche d'attualità», stampata su carta distinta, in nitidissimi tipi tipografici. — Prezzo L. **16.** Per i nostri abbonati sole L. **14.25** in porto franco.

Prof. dott. ARNOLFO CIAMPOLINI
Docente di medicina legale degli Infortuni nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze

La perizia nella pratica infortunistica.

(GUIDA PER I MEDICI PERITI)
Prefazione del prof. CARLO FERRAI, direttore dell'Istituto di Medicina Legale della R. Università di Pisa.

Un volume in-8°, di pagg. VIII-79 (N. 9 delle Monografie medico-chirurgiche di attualità), nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo L. **10.** Per i nostri abbonati sole L. **8,75** franco di porto.

Prof. Dott. ARNOLFO CIAMPOLINI
Docente di Medicina Legale degli Infortuni nel R. Istituto di Studi Superiori in Firenze

La diagnosi medico-legale della "Nevrosi dei traumatizzati„

(Il rilievo e il significato dei sintomi)
Prefazione del Prof. CESARE BIONDI, Direttore del R. Istituto di Medicina Legale della R. Università di Siena

Un volume in-8°, di pagine VIII-94 (N. 8 delle Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità, Collezione del «Policlinico»), nitidamente stampato su carta semipatinata. — Prezzo L. **12.** Per i nostri abbonati sole L. **10.90** in porto franco.

Prof. dott. PAOLO STANGANELLI
della R. Università di Napoli

L'asma bronchiale nei moderni concetti

Un volume in-8 di pagg. VIII-100 (N. 9 delle «Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità). Collezione del «Policlinico», nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **12.** Per gli abbonati al «Policlinico», sole L. **10.75.**

Dott. FURIO TRAVAGLI
già a. v. del reparto Dermosifilopatico degli Ospedali Civili di Genova

La bismutoterapia della Sifilide.

Un volume in-8°, di pagg. IV-72 (N. 11 delle Monografie Medico-Chirurgiche d'attualità, Collezione del «Policlinico»), nitidamente stampato su carta semipatinata. Prezzo L. **12.** Per i nostri abbonati sole L. **10,75.**

Dott. F. TRAVAGLI
degli Ospedali Civili di Genova

La moderna lotta contro le malattie sessuali

(con 15 figure intercalate nel testo)
prefazione del prof. **A. Morselli.**

Un volume in-8, di pagg. VIII-112, nitidamente stampato. — Prezzo L. **10.** Per i nostri abbonati sole L. **8.75.**

☛ ***È di prossima pubblicazione il N. 12:***

Dott. Prof. O. VIANA
Direttore della Maternità, Brefotrofio e Scuola di Ostetricia in Verona.

Ginecologia e Secrezioni interne

Prefazione del prof. N. PENDE

Un volume (N. 12 delle nostre Monografie medico-chirurgiche d'attualità) nitidamente stampato in carta semipatinata. Prezzo L. **18.** — Per i nostri abbonati sole L. **16,25** in porto franco.

Per ricevere quanto sopra indirizzare Vaglia Postale al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina 14 - ROMA

ANNO XXXII Roma, 20 Aprile 1925 Fasc. 16

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

La topografia delle localizzazioni dolorose del fegato ed un nuovo punto doloroso (il punto epatico posteriore).

Prof. GIUSEPPE SABATINI, primo aiuto.

La semeiotica topografica *obbiettiva* delle localizzazioni dolorose, dirette o riflesse, nelle malattie del fegato e sopratutto delle vie biliari, quando è applicata sull'individuo appare molto meno precisa e costante di quella, che si suole trovare schematicamente descritta nei libri.

Questa discordanza si rivela sopratutto in quella, fra le affezioni epatiche, che predomina per ricchezza ed intensità di fenomeni dolorosi, e cioè nella litiasi biliare.

Dovendo qui occuparci della fenomenologia dolorosa epatica *obbiettiva*, ricorderemo appena preliminarmente i sintomi dolorosi *subbiettivi*.

I dolori subbiettivi nei malati di fegato assumono varia fisionomia, e, al pari dei dolori provocati, possono avere non solo varia origine ma anche sedi molteplici e zone di irradiazione anche a notevole distanza.

Il più noto dolore subbiettivo è quello che si ha nella crisi di colica epatica. Sulla reale sede d'origine di questo dolore spontaneo si è scritto molto; diremo solo che generalmente si ritiene che il punto di partenza di questo dolore sia nella parete cistica e in quella dei grossi dotti biliari, per effetto dello stimolo dei filuzzi nervosi, che si trovano nello spessore di queste pareti; notevole importanza ha però anche l'irritazione del peritoneo, che ricopre l'organo.

Oltre questo dolore della crisi di colica esiste un dolore subbiettivo generalizzato, riferito a tutto il fegato, di tipo gravativo o intensivo: si è quasi d'accordo nell'attribuirlo alla distensione della glissoniana e alla irritazione del soprastante peritoneo infiammato, escludendone così l'origine dal parenchima epatico, che sembra essere privo di sensibilità dolorosa. Infine vanno ricordati i dolori subbiettivi a distanza (come, per es., il dolore alla spalla destra così frequente nei colelitiasici); la spiegazione ammessa per questi dolori irradiati è quella delle zone di Head.

Tornando ai dolori epatici *obbiettivi*, cioè a quelli che si provocano colla palpazione, noi troviamo che assai più interessante e ricca ne è la distribuzione topografica. Queste localizzazioni dolorose obbiettive del fegato, — le quali si presentano con la massima frequenza ed abbondanza nella colelitiasi e, con importanza secondaria, in altri stati flogistici o congestizi del fegato — si trovano, nei libri, sovente mal precisate, confuse, deformate, sì che devono essere

ristudiate in modo più rispondente alla realtà semeiologica e clinica.

1) *Dolore diffuso del fegato.* — A rigore di termini non si tratta di una localizzazione dolorosa, ma di un dolore provocato dalla palpazione su tutta la superficie esterna dell'organo. Si desta colla pressione più o meno forte, preferibilmente esercitata attraverso gli spazi intercostali, su l'area di contatto del fegato colla parte toracica, o sulla parte alta dell'addome, entro confini di proiezione esterna dell'organo.

Questo dolore diffuso è comune a quasi tutte le flogosi epatiche e delle vie biliari, e agli stati congestivi (sopratutto da stasi cardiaca) dell'organo. Non ha quindi significato semeiologico determinato. Possono mettersi in evidenza, talvolta, dei punti circoscritti di maggiore dolorabilità, nei quali la pressione anche lieve riesce particolarmente sensibile: ciò si verifica specialmente in quei casi nei quali esiste un'affezione delimitata dell'organo, la quale è sempre un ascesso.

Appunto su queste zone di speciale esacerbazione dolorosa si suole eseguire l'infissione dell'ago per le punture esplorative.

2) *Punto cistico o vescicolare.* — È un vero punto doloroso, divenuto classico e riportato da tutti gli autori. Si ritiene che esso corrisponda al fondo, e secondo altri al collo, della vescicola biliare.

I semeiologi sogliono fissare il punto cistico immediatamente sotto l'arcata costale, nel punto di intersezione del bordo inferiore della 10ª costola destra col margine esterno del muscolo retto addominale corrispondente. Ma secondo la mia esperienza questa sede, che corrisponde tutto al più alla sede anatomica del fondo della vescicola biliare (infatti questa è anche un po' più bassa), è eccezionale.

Io ritengo che il punto cistico si trovi invece, nel maggior numero dei casi, qualche centimetro più in basso e sovente molti centimetri più all'esterno della sede ora descritta.

Nei colicistitici il fegato è quasi sempre più o meno ingrandito, e quindi il punto cistico è, col margine epatico, più o meno abbassato sotto il bordo epatico. Ed assai sovente, quando la cistifellea è grande e tesa, è anche spostato verso l'esterno.

Infatti, secondo la mia esperienza, nei soggetti, nei quali la cistifellea è ben riconoscibile colla palpazione, il punto cistico si trova quasi sempre appunto 1-2 dita trasverse sotto l'arcata costale e 1-2 dita all'esterno del muscolo retto di destra; ma anche quando la vescicola non si individualizza colla palpazione è ugualmente in questa zona, assai più spesso che nel punto classico sotto l'arcata, che si provoca, netto e bene circoscritto, il dolore cistico.

Chauffard dice che il punto cistico è sovente più in alto e più all'esterno della sede classica e corrisponde al collo cistico. In questa sede più alta io non lo ho quasi mai trovato.

Credo invece di dover insistere nell'avviso di cercare il punto cistico più in basso e sovente molto più all'esterno della sede classica. E questa nozione semeiologica deve essere bene tenuta presente, se si vuol sempre mettere in evidenza, quando esiste, il punto cistico.

Il punto doloroso cistico — sia negli stadi acuti di colica biliare, sia nei periodi intervallari — non è un reperto di assoluta costanza. Charcot lo svaluta però eccessivamente, quando scrive: « Il punto cistico, indicato da Flemming, occuperebbe le regioni della vescicola. L'esistenza di questo punto non è abituale. È piuttosto una convenzione teorica ».

Nella sede ove si trova il punto doloroso cistico, Mackenzie stabilisce una zona di iperalgesia corrispondente alla fuoriuscita di un ramo del 9° nervo intercostale dal muscolo retto addominale, e fa risalire a questa condizione anatomica la dolorabilità alla pressione locale. Ma F. Schultze ha contraddetto questa affermazione di Mackenzie, riportando la dolorabilità in quella sede effettivamente alla colecisti infiammata.

A me risulta che il punto cistico ha in realtà una notevole importanza diagnostica, essendo uno dei punti dolorosi che si trova con maggiore frequenza, specie se non è cercato esclusivamente nella sede, ove si suole classicamente descrivere, ma si ricerca invece con gli accorgimenti e nella zona più ampia che ho sopra indicato.

3) *Punto epigastrico.* — Più che un punto nel senso semeiologico della parola, è una zona dolorosa, la quale occupa ampiamente l'area delimitata dalle arcate costali, che formano l'angolo epigastrico, per un'altezza, sulla diagonale di questo, di circa 6-7 cm. Tale zona (vedi figura) poggia sulla proiezione del fegato, il quale si trova immediatamente sotto la molle e depressibile parete addominale.

Perchè il dolore alla palpazione della zona epigastrica possa essere riferibile al fegato deve, secondo me, obbedire alle seguenti tre condizioni: *a*) essere provocabile con una palpazione assai debole e superficiale; *b*) non superare mai in basso il limite segnato dal margine epatico inferiore; anzi il dolore, in questa zona, è tanto più sicuramente riferibile al fegato quanto più si avvicina al vertice dell'angolo epigastrico, ed al cateto destro di esso, ed è tanto meno probativo quanto più si abbassa, allontanandosi cioè dalla apofisi xifoide; in questa zona bassa si ha generalmente il dolore (che è assai più profondo, fisso e circoscritto) dovuto ad irritazione del plesso solare; *c*) deve modificarsi di

pari passo cogli altri sintomi epatici, attenuandosi ed esacerbandosi con essi.

Il punto doloroso epigastrico può deporre per uno stato di flogosi o di congestione del fegato solo se considerato sotto queste condizioni.

Ha in ogni modo scarso valore in semeiologia epatica, potendo essere l'espressione di molte altre affezioni di organi svariati (stomaco, duodeno, pancreas, plesso celiaco, aorta addominale, diaframma).

4) *Punto xifoideo.* — Non è esatto confonderlo od unirlo col precedente. È un punto doloroso che si svela premendo *direttamente* sull'apofisi ensiforme dello sterno.

Il dolore così provocato ha un carattere diverso dal precedente dolore epigastrico; non è il dolore epatico, diffuso, oscuro, allargantesi, ma è un dolore vivissimo, superficiale, che sembra prodursi prima ancora che sia raggiunta con la pressione la superficie del fegato sottostante e pare che risieda nell'apofisi ensiforme stessa e nell'articolazione xifo-sternale. È come se fosse provocato dalla compressione della xifoide, che alcuni infermi intelligenti a volta avvertono, già condizioni di riposo, come se fosse forzatamente rivolta verso l'alto.

Questo punto xifoideo non ha, per la diagnosi di colelitiasi, maggior valore del precedente punto epigastrico.

È invece particolarmente indice di congestione e di aumento di volume del fegato, che sembra sposti in alto la mobile apofisi ensiforme.

Si ritrova quindi specialmente nelle congestioni epatiche da stasi cardiaca e nelle epatomegalie croniche, soprattutto degli obesi e dei gottosi.

5) *Punto di Dejardins, zona pancreatico-coledocale di Chauffard.* — Nel 1905 Dejardins descrisse, a proposito delle pancreatiti, un punto doloroso situato a 5-7 cm. al di sopra dell'ombelico, su una linea che congiunge questo con la sommità del cavo ascellare, essendo il braccio destro pendente lungo il corpo. Mediante l'infissione di spilli nel cadavere, Chauffard e Rivet videro che questo punto è vero solo approssimativamente, e che non è possibile limitare ad un punto la proiezione sulla parete della regione vescicolare. Essi allora sostituirono al punto di Dejardins la loro zona pancreatico-coledocale, così delimitata: si traccia l'angolo retto formato dalle due linee xifo-ombelicale e ombelicale trasversa (metà destra); è un angolo retto, che ha il vertice all'ombelico. Si tira la bisettrice di quest'angolo. La zona compresa fra questa bisettrice e la verticale xifo-ombelicale, da un poco sopra l'ombelico fino a 5 cm., in alto, lungo la bisettrice, corrisponde alle regioni pancreatica e coledocale. Quivi la pressione desta dolore nelle pancreatiti, ma più spesso ancora, secondo gli autori, nella forma di infiammazione litiasica del coledoco e, ciò che ancor più è frequente, nelle due affezioni contemporaneamente esistenti e delle quali la flogosi pancreatica suole essere in dipendenza dell'infiammazione del coledoco. Dall'esistenza di questa zona dolorosa non sono infatti scindibili le due lesioni.

I francesi dànno notevole importanza al dolore della zona pancreatico-coledocale come segno diretto di colelitiasi, e ciò in quanto la colelitiasi è incomparabilmente più frequente delle lesioni primitive della testa del pancreas, ed ove il pancreas sia leso, per la maggioranza dei casi, ne è appunto responsabile la concomitante litiasi biliare. Io ho trovato realmente il dolore nella zona pancreatica coledocale in moltissimi casi di colelitiasi, insieme però, quasi sempre, con anche altri segni, e specie con il dolore al punto cistico.

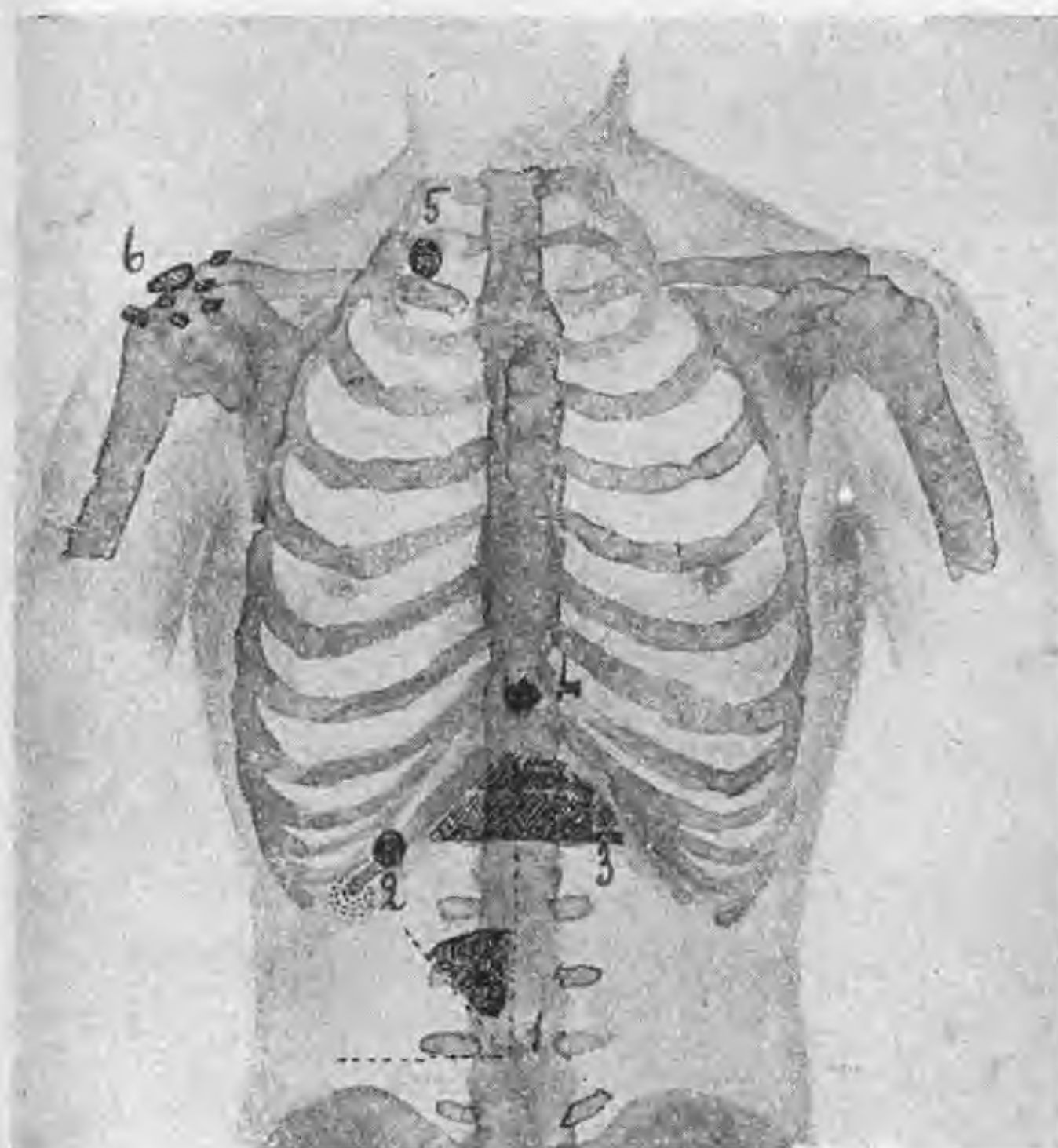



FIG. 1.

1. Zona pancreatico-coledocale (e punto di Dejardins). — 2. Punto cistico (sede classica e spostamenti abituali). — 3. Punto epigastrico (zona epigastrica). — 4. Punto xifoideo. — 5. Punto frenico. — 6. Punti acromio-deltoidei.

Ma ho potuto egualmente osservare, ciò che da tutti gli autori è taciuto, che nelle ulceri duodenali la zona pancreatico-coledocale è pressochè altrettanto dolente, quanto nella calcolosi epatica.

Ciò scema fortemente il valore semeiologico intrinseco di questa zona dolorosa, venendo a mancare il suo ausilio diagnostico proprio in quei numerosi casi, nei quali essa più occorrerebbe per la difficile differenziazione diagnostica, come accade appunto per l'ulcera duodenale e la calcolosi epatica.

6) *Punto costale.* — È un punto controverso: secondo Mauban risiederebbe in corrispondenza dell'estremità libera della XII costa destra, se-

condo Chauffard e Binet dell'estremità libera dell'XI costa.

Io ho riscontrati questi punti dolorosi frequentemente, specie quello dell'XI costa, in individui assolutamente indenni da malattie del fegato e delle vie biliari; spesso anzi il dolore all'apice di una o di tutte e due le coste fluttuanti si ha tanto a destra quanto a sinistra.

Nei malati di litiasi biliare non mi sono potuto convincere che il punto costale abbia un particolare significato semeiologico.

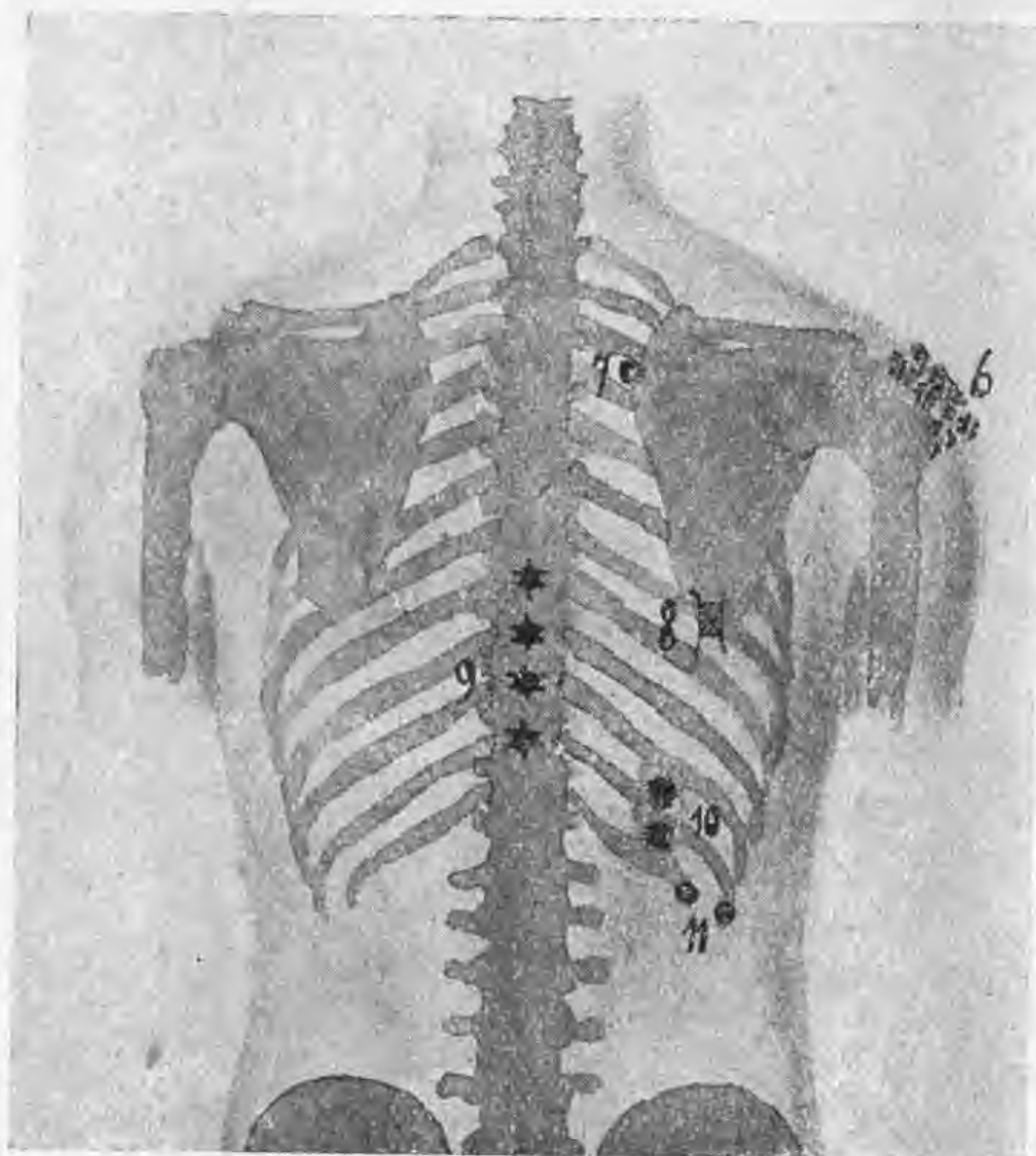



FIG. 2.

6. Punti acromio-deltoidei. — 7. Punto del III spazio posteriore. — 8. Punto angolo-scapolare. — 9. Punti vertebrali. — 10. Punto doloroso posteriore; sua localizzazione nel X oppure nell'XI spazio, e zona di ricerca del punto (Sabatini). — 11. Punto costale.

La pressione sulla estremità libera delle ultime due costole desta, fra i malati di fegato, dolore sopratutto in coloro che hanno già una dolenzìa diffusa dell'organo, per congestione passiva di alto grado e per flogosi diffusa (angiocolite, peritonite periepatica, grandi ascessi).

7) *Punti vertebrali.* — Fu nel 1879 che Widal scrisse che « nell'epatite e in alcuni casi di colica epatica, quando v'è irradiazione del dolore del fegato verso la colonna vertebrale, è all'apofisi spinosa della 4ª vertebra dorsale e sui punti di emergenza dei nervi intercostali che bisogna cercare il corrispondente punto doloroso. Questo è pressochè costante nelle lesioni del fegato ».

Mackenzie e più tardi Chauffard hanno sostenuto che le apofisi spinose e le doccie dell'8ª, 9ª, 10ª, 11ª vertebra sono le più dolorose in casi di affezione epatica.

Tutti questi punti vertebrali mi sono risultati così incostanti e poco frequenti da non credere di poter annettere ad essi alcun preciso significato semeiologico.

8) *Punto dell'angolo della scapola.* — Esso risiede, come dice il nome, all'angolo inferiore della scapola destra. Pare che sia stato segnalato, pel primo, da Budd e da allora molti scrittori, da Charcot a Chauffard, gli hanno attribuito notevole valore diagnostico.

Nel mio numeroso materiale d'osservazione clinica, questo punto, quantunque sempre accuratamente ricercato, risulta poco frequente e netto nei casi di colelitiasi e nelle affezioni epatiche in genere.

9) *Punto dorsale del III spazio.* — È stato studiato da Pauly. Si mette in evidenza facendo portare in avanti il braccio destro e premendo nel 3° spazio intercostale, presso il margine interno della scapola, così spostato verso l'esterno. Non ho pratica personale di questa localizzazione dolorosa.

10) *Punto frenico.* — Si ricerca premendo, con l'indice, profondamente al disopra della clavicola destra, fra i due capi dello stenocleidomastoideo.

Questa ricerca non è sempre facile e va fatta con certi accorgimenti. Bisogna tener presente che spesso tale pressione provoca dolore anche negli individui sani; in tali casi però il dolore suole essere bilateralmente eguale, tanto a destra che a sinistra.

Perchè la risposta dolorosa del frenico abbia significato patologico, deve invece essere unilaterale e provocata da una pressione lieve. Negli individui con iperestesia bilaterale fisiologica del punto frenico, di cui dicevo poc'anzi, spesso è possibile, secondo la mia esperienza, mettere in evidenza una sensibilità chiaramente maggiore a destra, quando esistono le condizioni morbose capaci di dare la dolorabilità del punto frenico destro.

Al punto frenico Chauffard attribuisce grande importanza. Io lo ho constatato con notevole frequenza nei coletiasici, e tanto più netto e vivace quanto più recente era l'attacco di colica, o quanto più grave l'irritazione del fegato.

A volta la dolorabilità del frenico destro che si risveglia sotto la palpazione, è così viva e pronta, da destare financo la sorpresa dell'ammalato, che non si aspetta un dolore così intenso per una manovra palpatoria, in apparenza tanto innocente, su una regione che non gli ha dato mai fastidio.

11) *Punti dolorosi acromio-deltoidei.* — Sono note nei colelitiasici le irradiazioni dolorose subbiettive alla spalla destra; ma anche obbiettivamente tutta la regione della spalla destra, su una estensione più o meno ampia, può essere dolente alla pressione.

Spesso questa dolenzia è poco viva ed è più esattamente un'iperestesia; io trovo che si mette

in evidenza nel miglior modo col sistema comparativo, cioè esercitando una pressione eguale, con discreta forza, su regioni simmetriche a destra e a sinistra.

Questa sensazione dolorosa è localizzata dai vari autori in zone più o meno circoscritte della spalla destra e con nomi diversi. Ho creduto chiamarla genericamente « punti dolorosi acromio-deltoidei » per indicare tutta l'estensione della regione della spalla destra, sulla quale abitualmente e con successo si esegue la ricerca di questa sensibilità dolorosa.

È appunto premendo sull'articolazione acromio-coracoidea e sulla massa deltoidea immediatamente vicina che si possono mettere in evidenza le zone più squisitamente dolorose della spalla destra. Questa localizzazione mi è risultata abbastanza frequente e costante nei colelitiasici.

12) *Punto doloroso epatico posteriore.* — È un punto doloroso sul quale ho da alcuni anni richiamato l'attenzione e ho illustrato anche recentemente, in una comunicazione alla R. Accademia medica di Roma.

Il punto doloroso epatico posteriore, da me segnalato, credo che sia la più costante fra le localizzazioni dolorose del fegato, tanto nei casi di colelitiasi, quanto, sebbene in linea di secondaria importanza, negli altri stati di flogosi o congestione epatica.

Esso si trova più frequentemente dello stesso punto cistico, al quale si suole ascrivere un valore semeiologico, che è eccessivo. Già lo Charcot giudicava il punto critico « plutôt peut-être une conception théorique » assegnando invece maggior significato, in suo confronto, alla localizzazione dolorosa *posteriore* angolo-scapolare.

Successivamente J. Cyr, scrivendo nel 1890 sulle cause d'errore nella diagnosi delle affezioni calcolose del fegato, parlava di casi nei quali il dolore si localizzava principalmente od anche unicamente, *indietro*, proprio nella regione lombare, tanto da simulare perfino la colica renale.

A questo proposito, per i risultati delle mie osservazioni cliniche, *potrei affermare che generalmente la sintomatologia epatica, ed in ispecial modo quella della litiasi, si svolge sulla parete posteriore più frequentemente e più distintamente (se ricercata bene e con consapevole prevenzione) che non sulla parete anteriore, dove è classico ricercarla ma altrettanto dannoso limitarla.*

Il punto doloroso epatico posteriore corrisponde ad una superficie cutanea sempre assai ristretta e nettamente delimitata, che non supera mai il diametro di 1-1/2 cm.; ed in tal senso è un vero punto doloroso. La palpazione immediatamente intorno riesce indolente o appena sensibile; ma tutte le volte che il dito cade sul punto in parola provoca vivo dolore.

La superficie cutanea, sulla quale il punto doloroso epatico posteriore va ricercato, è circoscritta all'undecimo e (più di rado) al decimo spazio intercostale, nella porzione di questi spazi, che è compresa fra la paravertebrale e l'emiscapolare di destra.

Il punto doloroso epatico posteriore viene per tal guisa a cadere sulla massa comune muscolare spino-dorsale, più o meno presso al margine esterno di essa (bordo libero dei muscoli ileo-costale e longissimus dorsi). Per la presenza di detta grossa massa muscolare, al momento in cui si ricerca il punto doloroso epatico posteriore non è sempre possibile individuare gli spazi e le costole: abbisogna quindi un po' di esercizio per trovarlo, spostando successivamente, nella superficie cutanea anzidetta, il dito che preme, fino a trovare il punto di dolorabilità; della qual cosa il paziente stesso ci avverte subito, accusando un vivo ed improvviso dolore pungente.

Una caratteristica propria del punto epatico posteriore è che la pressione su di esso riesce assai più dolorosa ed insopportabile quando il paziente *è nel decubito supino*, che non quando è seduto sul letto.

Ciò premesso, la *tecnica* che io consiglio per la ricerca di questo punto doloroso è la seguente: l'infermo è messo nel decubito supino, con tutti i muscoli rilasciati. L'osservatore, che è al suo lato destro, introduce a piatto una mano che è generalmente la destra, con la palma in alto, fra il piano del letto e il dorso dell'infermo. A questa manovra il soggetto quasi sempre esegue involontariamente un inarcamento del dorso, sollevandosi. Bisogna allora invitarlo a rilasciare di nuovo i muscoli e a poggiare rilasciato sulla palma della mano che è posta sotto il dorso, come quando si vuole eseguire la palpazione bimanuale degli organi.

Messo così l'infermo nella posizione giusta per l'esame, non è difficile riconoscere subito, dalla maggiore mollezza e depressibilità, la parte corrispondente alla fossa renale e il sovrastante bordo della XII costa. Si sposta allora la mano un po' più in alto, e si cade sulla zona dianzi delimitata, tenendosi all'interno a 3-4 dita dalla doccia vertebrale e senza raggiungere all'esterno il margine libero della massa muscolare, e si esegue la palpazione, abbastanza forte, col polpastrello del solo indice, che è rivolto naturalmente in alto. A volte si cade d'*emblée* sul punto doloroso: altre volte conviene spostare nelle varie direzioni il dito, finchè il paziente ci avverte di essere giunti su un punto squisitamente dolente. (Nei rari casi di flogosi acuta del fegato, nei quali tutta la superficie epatica posteriore è dolente alla palpazione, il punto posteriore è riconoscibile per una notevolissima esacerbazione del dolore).

Individualizzato il punto, per controllarne la esattezza si sposta il dito di pochi millimetri nelle varie direzioni, ed allora il paziente ci avverte, che la palpazione al di fuori della piccola zona indicata dal punto in questione diviene indolente o desta una sensazione dolorosa senza confronto più mite.

Se ora tenendovi fisso il dito, si invita il paziente a mettersi seduto, ed in questa nuova posizione si ripete la pressione, possibilmente con la stessa forza, il paziente avverte un dolore comparativamente assai minore che non nella posizione supina.

Dalle ricerche che ho eseguite su un estesissimo materiale clinico, mi è risultato che il punto doloroso epatico posteriore esiste sempre quando esiste il punto cistico; per di più in molti casi di calcolosi epatica, nei quali il punto cistico non è dolente, lo è invece nettamente il punto posteriore. Questo non manca mai quando la litiasi biliare è nello stato acuto, e si manifesta con crisi più o meno ravvicinante di colica, e quando il fegato si è ingrossato per la flogosi biliare.

Ho potuto osservare dei malati di angiocolite nei quali, sul principio, quando unica manifestazione clinica era la febbre, e il fegato non si palpava ingrandito sotto l'arcata, mancava il dolore al punto epatico posteriore: e solo dopo qualche giorno, sovente in coincidenza con un evidente ingrandimento del fegato, compariva la spiccata dolorabilità posteriore.

Questo punto doloroso, secondo le mie osservazioni, esprime in linea generale un aumento del volume del fegato, con probabile sofferenza della glissoniana e del soprastante peritoneo. Come tale si manifesta naturalmente nelle congestioni (sopratutto in quella da stasi), e nelle flogosi diffuse dell'organo. Ma il suo principale valore diagnostico lo acquista negli infermi di colelitiasi, dove non manca quasi mai quando esistono manifestazioni acute o subacute, con crisi di colica, ed è frequentissimo anche nei periodi di latenza o di attenuazione del male, traducendo allora lo stato di sofferenza del fegato.

Uno speciale valore semeiologico viene ad assumere l'esistenza del punto doloroso posteriore in quei casi, nei quali l'affezione del fegato è poco chiara o dubbia; allora esso ci porta ad ammettere l'alterazione epatica. E la ricerca di questo punto sovente può chiarire una oscura diagnosi differenziale fra coliche epatiche e coliche renali. In queste ultime il dolore posteriore è più basso, nella regione lombare: ma anche se si irradia in alto, non si estrinseca mai, per quanto risulta dalle mie ricerche, in un'area così precisamente circoscritta e delimitabile come è quella del punto epatico posteriore nè si modifica colla posizione eretta o supina.

Circa la semeiogenesi di questo dolore, essa non è di facile interpretazione.

Come risulta dai dati dell'anatomia topografica e dai controlli radiografici, che ho eseguiti, il punto doloroso epatico posteriore corrisponde complessivamente a quella parte della superficie del fegato, che posteriormente non è ricoperta dal peritoneo, nonchè alla porzione mediana d'inserzione del legamento coronario ed al margine interno del legamento triangolare esterno.

È pertanto questo dolore l'espressione di una distensione ligamentosa? Si può supporlo: ed in tale ipotesi s'accorderebbe il fatto che esso varia colle posizioni supina e seduta. Ma data la relativa superficialità del dolore, in rapporto allo spessore che, per la presenza di una grande massa muscolare, ha in questo punto la parete, è difficile ammettere la pressione possa raggiungere i ligamenti distesi e provocarne la dolorabilità.

Forse più probabilmente il punto posteriore è un punto riflesso cutaneo, come altre localizzazioni, di cui abbiamo fatto parola. E forse è dovuto ad anastomosi del frenico (il quale oggi si ammette che invii rami al fegato), con filuzzi degli ultimi nervi intercostali. Ulteriori ricerche potranno chiarire questa semeiogenesi; resta assodato fin da ora, io credo, il valore semeiologico di questo nuovo punto.

Da quanto siamo venuti esponendo circa le localizzazioni dolorose che appartengono alla semeiologia epatica, credo si possa dedurre che, perchè esse siano utilmente adoperate ai fini della diagnosi, bisogna fissare bene alcuni caposaldi.

Anzitutto occorre tener presente che entro certi limiti esse possono variare di sede (come abbiamo messo in evidenza sopratutto a proposito del punto cistico), in dipendenza della spostabilità e dei visceri addominali dei punti di riferimento cutanei.

Ai punti dolorosi infatti si può sempre applicare la frase, che Mac Burney soleva dire per il punto appendicolare, che porta il suo nome: « Essi sono un'affettazione di precisione ». Sopratutto i punti a sede addominale sono soggetti a spostarsi: quelli a sede toracica sono più fissi, come lo è infatti il punto toracico posteriore, sul quale abbiamo insistito.

Ma anche il valore diagnostico dei molteplici punti dolorosi elencati va interpretato con discernimento critico.

Detti punti dolorosi sono ritenuti generalmente come segni della calcolosi biliare. Non si può disconoscere che effettivamente essi ricorrono con preponderante frequenza in questa malattia; ma, come sono venuto dimostrando volta a volta, non sono affatto esclusivi di essa e si presentano in quelle altre contingenze morbose, in cui il fegato è alterato per congestione, stasi o flogosi. Poichè, in ultima analisi, sono la congestione sanguigna, la stasi biliare, la infiltrazione cellulare e l'edema flogistico che formano

il substrato anatomico della insorgenza dei punti dolorosi descritti; e se queste condizioni anatomiche mancano, i punti dolorosi non si trovano, nemmeno quando esiste la più chiara calcolosi epatica; ciò appunto avviene nei casi di colelitiasi di antichissima data, latente o clinicamente inattiva.

Da un altro canto va ricordato che nessuna delle localizzazioni descritte è rigorosamente specifica di affezione epatica e tale da non poter essere l'espressione di malattie con altra sede. In tal senso tutto si riduce a questione di eccezionalità o di frequenza: da ciò dipende il valore maggiore o minore che questi segni dolorosi possono acquistare per la diagnosi, senza contare la facilità di confusioni, se non si è rigorosi nella ricerca.

Così, per esempio, è nota l'esistenza di un punto doloroso renale destro, che è situato sotto il bordo costale, presso la cartilagine della X costa: sede che è assai vicina, o si confonde addirittura con quella del punto cistico.

Altrettanto dicasi per i punti dolorosi dipendenti da malattie dello stomaco, del duodeno, del pancreas, o da irritazione del plesso solare, i quali possono confondersi con le discusse localizzazioni dolorose xofoidea, epigastrica, pancreatico-duodenale. Ricordo appena infine il cosidetto bottone diaframmatico di Guenau de Mussy sotto l'arcata costale destra. Le malattie del surrene destro possono dare un dolore assai netto alla estremità della XII costa (Martineau). Le affezioni flogistiche e le irritazioni del frenico destro possono rendere dolente, per conto loro, la sede di palpazione fra i due capi dello stenocleidomastoideo.

In tal senso fra le localizzazioni dolorose provocate da alterazioni del fegato, le posteriori sono quelle che possono avere un maggiore valore di specificità, appunto perchè sono assai meno confondibili con punti dolorosi prodotti dalla sofferenza di altri organi: e fra le localizzazioni posteriori il punto doloroso che ho descritto mi sembra sia il più costante a trovarsi all'esame clinico, e quindi il più praticamente importante.

Fra le altre localizzazioni dolorose epatiche non è possibile stabilire una gerarchia di importanza semeiologica o di frequenza di reperto.

Il valore diagnostico dei punti dolorosi epatici dipendendo dalla loro precisione di sede, dalla loro costanza, dalla loro specificità patogenetica va ad ogni modo sempre calcolato con senso critico e clinico e non con criterio semeiologico astratto od assiomatico.

LETTERATURA.

BINET. *Maladies de l'estomac*, 1906.

CHARCOT. *Oeuvres Complètes*, pubbl. par BOURNEVILLE. Paris, 1888.

CHAUFFARD. *La lithiase biliaire*, II éd., Masson & C., Paris, 1922.

CHAUFFARD et RIVET. *La lithiase du choléd.* Sem. méd., 1906.

CYR. *Causes d'erreurs dans le diagnost. de l'aff. calculeuse du foie.* Arch. gén. de méd., 1890.

DE BRUN. *Le point épigastrique*, etc. Revue de méd., 1905

DESJARDINS. *Etude sur les pancréatites*, Thèse de Paris, 1905.

HEAD. *On the disturbance of sensation with special refer. to the pain of visc. diseases.* Brain, 1893.

MACKENZIE. *Symptomes and their interpretation.* London, 1909.

MATTHES. *Differentialdiagnose inner. Krankh.* Springer. Berlin, 1922.

MAUBAN. *Localisations doul. de la lith. biliaire.* Gaz. des hôp., 1913.

MAURICE. *Local. doul. de la lith. biliaire.* Thèse de Paris, 1914.

MUSSIO FOURNIER. *Petits sympt. de la lith. biliaire.* Bull. Soc. des hôpitaux, 38, 1924.

RAYMOND. *Sensibil. hèpatique, point epigastrique, point xyphoïdien.* Presse méd., 1906.

SABATINI. *Il punto doloroso epatico posteriore.* Boll. R. Accademia medica di Roma, 1924-25.

WIDAL. *Points douloureux de la rég. vertébr.* C.R. Soc. de biol. 1879.

NOTE E CONTRIBUTI.

Gli alimenti ritenuti vitaminici, anche quelli tipici, non sempre lo sono

pel dott. GIOVANNI LORENZINI - Milano.

Che in certi alimenti esistano vitamine in generale viene affermato in base ai dati di comune osservazione, donde risulta che essi sono alimenti completi; le prove sperimentali hanno poi fornito dati più precisi, sicchè si son potuti stendere degli elenchi, dove per ogni alimento è segnato specificatamente il contenuto in vitamine A, B e C.

Da principio si ritenne che tali cifre rappresentassero per ogni singolo alimento dati fissi, o almeno oscillanti entro limiti ristretti. Che se queste oscillazioni potevano infirmare il valore degli alimenti vitaminati più scarsamente, per quelli posti in cima alla scala si stava sicuri che introdurli e vitaminizzarsi era la stessa cosa. Chi poteva dubitare, a tal proposito, del latte, del limone, dei semi integri di certi cereali ?

LATTE. — Del latte di vacca da tempo si sapeva che il suo potere nutritivo è diverso in rapporto con i diversi modi dell'alimentazione dell'animale che lo fornisce. Quando poi venne determinato il contenuto di esso in vitamine, un grande divario si vide esistere fra i reperti dei diversi osservatori, per cui si indagò, se anche su tale particolare avesse, o no, influenza il genere dell'alimentazione. Osborne e Mendel, Hart e Steenboch e Ellis, Hess e Hunger e Supplee, si rivolsero in particolare a studiare il modo di

comportarsi del potere antiscorbutico, a secondo che la vacca vien nutrita con foraggio fresco ovvero secco; dalle loro ricerche risultò che, mentre nel primo caso si ottiene un latte, di cui, a proteggere una cavia dalla C avitaminosi basta una dose quotidiana di 15-50 cmc., con alimentazione a base di foraggio secco si ottiene un latte di cui occorrono per ottenere lo stesso scopo 50-75 cmc. Se si alimenta la cavia con latte da foraggio secco essa vive per 56 giorni; con egual dose di latte da foraggio fresco essa supera i 120 giorni, presentando a questo punto solo uno scorbuto mite.

Molti altri osservatori hanno confermato queste differenze anche in rapporto alle vitamine A e B.

A questi studi sugli animali corrisponde quanto da lungo tempo aveva messo in luce l'osservazione sull'uomo.

Nel Giappone da molto tempo si era constatato che i bambini allattati da madri beri-beriche contraevano essi stessi il beri-beri; e ciò veniva spiegato supponendo che il latte in tali casi veicolasse qualche veleno o qualche germe patogeno.

Lo stesso fatto si è osservato recentemente nell'uomo nell'ambito dei disturbi da penurie alimentari avutesi in Europa e particolarmente in Russia; la deficienza di vitamine danneggia potentemente le funzioni riproduttive, provocando a seconda che è più o meno grave la sterilità, gli aborti o la nascita di bambini affetti da discrasia. Ora si ritiene per certo che il contenuto del latte in vitamine è proporzionato alla quantità di esse che l'animale assume con gli alimenti: le vitamine introdotte vengono anzitutto utilizzate dai tessuti dell'animale: quando i bisogni di questi tessuti sono stati soddisfatti, *quod super est* passa nel latte.

Si vede dunque che anche l'allattamento al seno, che per il bambino è in apparenza il regime perfetto, può risultare insufficiente se il regime, cui è messa la madre, non possiede un certo quantitativo di vitamine.

Lo spesseggiare in questi ultimi tempi di casi di scorbuto infantile in diverse città della Germania, ha indotto gli esperimentatori a ricercare l'origine nel fattore più sospetto, le deficenze igieniche del latte. Meyer e Nassau hanno riferito in *Klin. Woch.* (1924, n. 2) i risultati delle loro investigazioni su diversi campioni del latte che vien consumato a Berlino. Essi avendo accertato che il latte fresco normale riesce regolarmente a proteggere dallo scorbuto la cavia nella dose quotidiana di 50-75 cmc., hanno riscontrato che appunto il « Berliner Kindermilch », che vien messo in commercio con la destinazione specifica di nutrimento pei lattanti, dà lo scorbuto nella cavia in tre settimane, cioè non contiene affatto vitamina C.

Avendo inoltre preso in esame i varii metodi che vengono applicati per la conservazione del latte di vacca anche in base a norme dettate dall'Ufficio Governativo d'Igiene, essi hanno constatato che la pasteurizzazione, pratica assai diffusa, l'aggiunta di formolo, la biorizzazione (polverizzazione a 72°) tolgono al latte le sue proprietà antiscorbutiche: invece esse si mantengono, ma per un tempo limitato, se il latte vien messo in ghiacciaia, o se vi viene aggiunto del bicarbonato di soda. È pure nocivo agitare il latte od esporlo all'aria in un sottile strato, data la facilità con cui la vitamina C si altera per ossidazione.

Una rivelazione singolare è stata quella del fatto, che il latte di capra anche se è fresco e se l'animale vien nutrito abbondantemente con alimenti verdi, non riesce in nessun modo a proteggere dallo scorbuto la cavia. E poichè lo stesso latte non dà luogo ad alcun disturbo carenziale nella prole della capra stessa, bisogna ritenere con il Centanni, che le vitamine presenti in una specie animale non sempre siano adatte per gli animali di specie diversa.

Ricapitolando, fattori numerosi riescono deleterii per l'approvvigionamento del latte in vitamine, e precisamente: 1° la insufficenza di vitamine nell'alimentazione della madre; 2° la poca resistenza della vitamina ai varii agenti fisici e chimici; 3° la insufficienza delle vitamine contenute nel latte di un animale rispetto ai bisogni degli animali di altra specie.

In questa circostanza da principio si nota che lo sviluppo del bambino è più lento del normale, poi il bambino diventa pallido, compaiono le emorragie cutanee e infine il Barlow completo.

LIMONE. — Il Funk nei suoi tentativi di isolare il principio attivo del succo di limone, che è riconosciuto generalmente come il prototipo degli alimenti antiscorbutici, ottenne fra gli altri un prodotto che risultava inattivo alle prove sulla cavia, e quindi pensò che la vitamina che impedisce lo sviluppo dello scorbuto nell'uomo sia diversa da quella, che ne impedisce lo sviluppo negli animali. Però più tardi dalle indagini di Miss Henderson Smith e da quelle del Davy, risultò che la specie di limoni originaria dell'India Occidentale e colà comunemente impiegata non possiede proprietà antiscorbutiche, mentre le possiedono la specie di limone e la specie di cedro che crescono nelle regioni mediterranee. Frutti in apparenza uguali sono dunque profondamente diversi in sostanza! Ed ecco che mentre fino a poco tempo fa si riteneva che il limone fosse, grazie al suo contenuto in vitamine, l'alimento antiscorbutico per eccellenza, una tale proposizione va oggi accettata con riserva.

SEMI DI CEREALI. — Di interesse ancor maggiore è quanto in questi ultimi tempi (*British medical*

Journ., marzo 1924) ha pubblicato Mc Carrison, colonnello del Medical Service dell'India, già ben noto per i suoi fini studi sulle alterazioni ponderali ed istologiche dei varii organi nelle avitaminosi.

Studiando egli il beri-beri tropicale nell'India, aveva constatato che un'alimentazione a base di semi dello stesso cereale, il miglio, in alcune contrade produceva la malattia, in altre no; i semi di miglio dannosi conservano la loro dannosità anche se trasportati per grandi distanze.

Venuto in sospetto che tale divario di comportamento fosse collegato a differenze nelle condizioni di coltura della pianta, Mac Carrison ha fissato la sua attenzione in particolare sul sistema di concimazione. Cioè egli ha coltivato il miglio in lotti di terreno, rispettivamente lasciati senza concime, ovvero trattati con concimi chimici di diverso titolo, fino al titolo completo o con concime di stalla. Poscia, stabilita in diversi lotti di piccioni l'avitaminosi B con diete basali di riso a grado parziale di devitaminizzazione, in modo che l'esito letale giungesse con diversa celerità, a un certo punto aggiungeva alla dieta come correttivo semi di miglio provenienti dalle varie colture in quantità diverse, e notava per gli animali di ciascun lotto la diminuzione del peso del corpo giorno per giorno. Egli ottenne così i dati seguenti:

Tipo della coltura	Media delle variazioni del peso degli animali che ricevevano una dose di miglio.	
	Miglio a dose incompleta	Miglio e dose completa
1° senza concime	da - 1,56 a — 2,69	— 0,14
2° conc. chim. compl.	da — 1,33 a — 1,09	+ 0,14
3° conc. animale	da — 0,36 a — 0,37	+ 0,85

Mettendo i piccioni ad avitaminosi completa e aggiungendo poi una data dose di miglio, vedeva seguire lo scoppio della polineurite:

al 21° giorno: nei controlli;

al 33° giorno: negli animali che ricevevano il miglio del 2° tipo;

al 50° giorno: negli animali che ricevevano il miglio del 3° tipo.

La conclusione che deriva da queste prove è che i semi di miglio, e con essi i semi di altri cereali e vegetali, contengono quella quantità e quella specie di vitamine, la cui produzione è resa possibile da particolari condizioni della coltivazione, cioè dal tipo di concimazione in prima linea, e inoltre dalla natura chimica del terreno, dal suo contenuto in microbi, dalle sue condizioni di reazione e di umidità, dalle vicende atmosferiche, dalla temperatura, ecc. Gli agricoltori già avevano intuito che il letame come concime contiene qualche cosa che non contengono i concimi chimici. Di singolare interesse è il fatto che, se si spargono i concimi chimici di titolo completo, mentre si raggiunge uno sviluppo rigoglioso della pianta ed un raccolto abbondante, i semi presentano una minore quantità di vitamine. Ed ecco scossa anche l'autorità di quella proposizione, che diceva: Il seme integrale dà prodotti che sono anch'essi integrali dal punto di vista della fisiologia dell'alimentazione.

CONCLUSIONE.

Non esiste alcuna garanzia che gli alimenti presi a caso, quali li forniscono attualmente il campo ed il commercio contengano le quantità di vitamine, che figurano nei quadri dei fisiologi come quantità normali.

Sono le particolari condizioni, sotto cui gli alimenti sono prodotti, che determinano il loro contenuto in vitamine volta per volta: e ciò vale anche per gli alimenti vitaminati tipici, quali il latte, i limoni, i semi di cereali, i quali in date condizioni specialmente sfavorevoli vengono a contenere delle quantità di vitamine appena apprezzabili.

Appare dunque tanto più razionale per la terapia, ricorrere a preparati di vitamine isolate, la cui potenza sia stata accuratamente dosata.

COMMENTI.

OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO - DIVISIONE MEDICA
diretta dal prof. U. CARPI
(inc. di Semeiotica med. nella R. Univ. di Milano).

A proposito dei metodi pratici di ricerca e di dosaggio dei fermenti pancreatici.

Dott. E. PIZZOGLIO, assistente.

In una rivista sintetica comparsa nel *Policlinico*, Sez. prat., fasc. 10, 9 marzo 1925, del dottor M. Revello « sui metodi più pratici di ricerca e di dosaggio dei fermenti pancreatici », l'A., a pagina 350, esponendo i metodi di dosaggio del fermento triptico afferma che « il metodo che per la sua praticità è il migliore è quello proposto da Carnot e basato sulla fluidificazione della gelatina al 5 %, fatta solidificare in capsule di Petri ». Nella bibliografia l'A. cita infatti il trattato di Carnot (1922) ove il metodo è esposto.

Non per contestare il valore del metodo proposto da Carnot, ma per un dovere di obbiettività, dobbiamo richiamare l'A. ad una più completa conoscenza della bibliografia sull'argomento, il quale ha avuto da noi, già da oltre tre lustri, una esauriente affermazione.

Crediamo opportuno di premettere che nella prima edizione francese, come nella seconda, non

è fatto cenno affatto del metodo. Solo nella traduzione italiana del trattato di Carnot: « *Malattie delle ghiandole salivari e del pancreas* » (U. T. E. T. 1910) di M. Varanini, annotata da Zoia è riferito dallo Zoia stesso a pag. 165 il metodo della gelatina, quale venne esposto in una nota preventiva da Bai, e al quale riconosce una indubbia attendibilità clinica.

Per chi desidera conoscere i particolari degli studi fatti in questo ordine di ricerche, ricordiamo le pubblicazioni che si sono seguite dalle prime ricerche di Bai, iniziate con Carpi, sui metodo che è oggi riconosciuto come metodo della gelatina di Carpi e Bai per la ricerca dei fermenti pancreatici. (Gasbarrini, Mizzi, Pizzoglio, Rocchi).

Bai (*Gazz. Med. It.*, 1909, n. 41) pubblica la prima serie di ricerche eseguite con Carpi, sulla presenza e sul significato dei fermenti triptici nelle feci, che venivano poco dopo completate con materiale più vasto nella tesi di Carpi (Semeiologia dell'alterata funzione del Pancreas, Marelli, Pavia 1909). In questo lavoro il valore del metodo della ricerca dei fermenti triptici nelle feci è esteso alla ricerca del fermento stesso nel contenuto gastrico (*Gazz. Med. It.* 1909).

Varisco (*Gazz. Med. It.*, 1910) confermava il significato della ricerca nel contenuto gastrico dei fermenti proteolitici del succo pancreatico, ottenuto col semplice pasto di Ewald e con opportune norme di tecnica.

Una esposizione di questi metodi si legge nella « Diagnosi clinica delle malattie interne del Ferrio » (U. T. E. T., 1914). Citando le ricerche di Müller e Schlecht, di Gross e di Fuld, di Conti e di Romanelli per la dimostrazione del fermento proteolitico colle piastre di siero (Müller) o colla digestione della caseina (Gross) egli afferma: « più pratici sembrano essere i metodi adoperati da Bai e da U. Carpi che dispongono la gelatina in tubetti e vi aggiungono quantità gradatamente decrescenti di feci. Carpi diluisce le feci ottenute coll'azione di un purgante con una soluzione idroglicerica di fluoruro sodico (H_2O 0.80; glicerina 20; fluoruro sodico 2) e prepara la soluzione di gelatina al 3 % adoperandola poi fusa a moderato calore ».

Nella *Diagnostica Clinica e propedeutica delle malattie interne* di Schmidt e Luthje (Traduzione italiana di U. Carpi e A. Fava, Soc. editr. Libraria, Milano, 1913) il metodo di Carpi è esposto nei suoi particolari di tecnica a pag. 523.

Il metodo è poi citato nella quarta edizione del *Manuale di Semeiologia medica fisica e funzionale* di L. Ferrannini, ove l'A., esposti i metodi di Gross e di Müller e Schlecht, riconosce i migliori risultati che si hanno, facendo uso della gelatina, che Fermi ha dimostrato sensibilissima all'azione dei fermenti proteolitici; ed aggiunge il metodo clinico coi particolari già noti, desumendoli dai lavori di Carpi, Bai, Zuccola e Pestalozza.

Nel lavoro di Zuccola (*Riforma medica*, 1913, n. 15) il metodo è applicato al dosaggio dei fermenti triptici nelle feci per la diagnosi di lesioni del pancreas.

Pestalozza nella sua tesi di laurea (Milano, Zerboni, 1915) riferisce le prime osservazioni sulla determinazione del potere triptico nel succo duodenale, ottenuto direttamente colla sonda di Einhorn, usando la tecnica delle provette di gelatina.

Del metodo della gelatina si è valso Garin nelle sue ricerche sulla diagnostica funzionale pancreatica (Tesi di Docenza, Firenze 1915, *Rivista Ospitaliera*, Roma 1919).

Il Gasbarrini in una rivista critica sulla prove per determinare la funzionalità del pancreas, riconosce al metodo dei tubi di gelatina risultati attendibili e lo ritiene preferibile agli altri. (*Policlinico*, Sez. Prat., 1920, fasc. 3).

Il metodo di Carpi e Bai è pure citato da Pisanò (*Policlinico*, Sez. Chir., 1923) a proposito di due casi di neoplasia pancreatica.

Una nuova esposizione delle particolarità tecniche del metodo e della sua utilizzazione clinica è stata data da Carpi alla *Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche*. (Seduta 16 marzo 1923. *Policlinico*, Sez. Prat., n. 33, 1923).

Un copioso contributo alla applicazione pratica del metodo di Carpi per la diagnostica delle alterazioni di secrezione esterna del pancreas è offerto dal lavoro di Mizzi e Pizzoglio comunicato alla *Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche* dell'8 aprile 1924; gli autori citano a conforto dell'attendibilità clinica del metodo numerosi casi nei quali il controllo anatomo-patologico ha corrisposto perfettamente ai reperti della ricerca di laboratorio; in 5 casi di tumore della testa del pancreas venuti al tavolo anatomico, la diagnosi clinica venne basata sul reperto della assoluta mancanza di fermenti triptici nelle feci.

Altri due casi di corrispondenza del reperto clinico col risultato dell'autopsia pubblica Pizzoglio come contributo alla valorizzazione del metodo di ricerca dei fermenti triptici nelle feci. (*Ospedale Maggiore*, agosto 1924).

Citiamo infine il recente lavoro di Rocchi (*Ospedale Maggiore*, 1925, n. 2) il quale dimostra la sensibilità che il metodo di Carpi offre per la determinazione diretta del potere triptico nel contenuto duodenale ottenuto colla sonda di Einhorn. Risulta da queste ricerche convalidato il valore clinico del metodo, che sul succo duodenale offre la possibilità di una maggior precisione nel senso quantitativo, senza per questo infirmare i risultati che può offrire la ricerca sulle feci.

Ciò premesso, il procedimento che Carnot e

Mauban espongono alla *Société de Biologie*, il 19 febbraio 1921, sotto il nome di metodo delle placche di gelatina e che è oggetto di riprove e di conferme in successive pubblicazioni (*Revue de Médecine*, 1921, Mauban; *Journal de Médecine et Chirurgie Pratiques*, Carnot et Libert; *Paris Médical*, Mai, 1923, Carnot et Gehlinger) e che il *Nouveau Traité de Médecine*, nel capitolo « Patologia del pancreas » di Parmentier e Chabrol (Masson ed, vol. XV, 1923), descrive come originale non può considerasi che una modalità modificata del metodo della digestione della gelatina che già Bai e Carpi avevano sin dal 1909 ben definito nella sua tecnica e nel suo valore clinico. Se un appunto può farsi al metodo delle piastre è quello di rendere la tecnica della ricerca più complicata per la preparazione più laboriosa, e più indeterminata in quanto non permette una valutazione quantitativa così completa e graduale come il metodo delle provette a serie. Il metodo non è poi applicabile nelle condizioni optimum di digestione triptica, ma alla temperatura ambiente ciò che riduce ancora più la sensibilità della ricerca. Invero, per evitare che le singole zone di fusione abbiano a confluire gli AA. sono costretti ad evitare la temperatura di stufa che è la regola in queste ricerche.

A riprova della minore sensibilità stanno le cifre ottenute sul succo duodenale da Carnot e Mauban che ottengono valori massimi di digestione all'1:1024, mentre Rocchi col metodo delle provette in termostato ottenne digestione all'1/2000.

Milano, 22 marzo 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

Lo sviluppo dei problemi riguardanti le tonsille negli ultimi anni.

(L. JOSEPH. *Deut. med. Woch.*, n. 3, gennaio 1925).

Per quel che riguarda l'anatomia normale delle tonsille Forster ha messo in luce che la formazione del palato avviene nel 5° mese della vita fetale, a spese del 2° arco branchiale e del 2° solco branchiale. Costituendosi poi un'altra plica mucosa, si forma una porzione superiore, piccola e profonda: « fossa tonsillare », e una inferiore, più grande e piana: « seno tonsillare ». Ambedue le porzioni sono occupate da 2 tumefazioni, che rappresentano il germe dei corpi tonsillari. Ricerche istologiche hanno poi assodato che nella vita fetale non esiste nella tonsilla nessun follicolo e nessun centro germinativo, i quali appaiono rispettivamente nel 1° e nel 3° mese di vita.

Il deflusso linfatico si compie centripetalmente verso le ghiandole giugulari (Schlemmer), e i vasi linfatici non mostrano alcuna apertura in direzione del faringe, sì che formano nelle tonsille un sistema canalicolare chiuso.

Per l'anatomia topografica delle tonsille è interessante un caso di Scheukes, in cui il processo stiloideo, sporgendo nell'organo, causava disturbi della deglutizione, i quali scomparvero colla rimozione dell'osso esuberante.

Le ricerche biochimiche hanno dimostrato che la sostanza tonsillare esplica proprietà acceleratrici sulla coagulabilità del sangue.

A proposito dell'etiologia dell'angina, Waldapfel è riuscito a stabilire, con esperienze eseguite su di se stesso, che la malattia si può riprodurre colla trasfusione del sangue di un anginoso con febbre alta, e coll'innesto da tonsilla a tonsilla; e inoltre che gli streptococchi ottenuti dalla tonsilla malata vengono fagocitati dai leucociti del paziente. Gli streptococchi, che avrebbero quindi la massima importanza etiologica, aumentano la loro virulenza in determinati soggetti, in seguito ad alterazioni dell'equilibrio organico.

Fisiopatologicamente l'angina si produrrebbe colle seguenti tappe: stimolo abnorme esercitato dal raffreddamento, iperemia e flogosi delle fauci, essudazione sierosa e necrosi epiteliale delle tonsille, infezione secondaria con streptococchi emolitici. Nelle forme di tonsillite cronica si svolgono press'a poco gli stessi processi, con predominanza dei fatti di ritenzione nelle cripte tonsillari.

Per quanto riguarda la terapia delle angine a ripetizione e delle tonsililti croniche, si sono riportati incidenti vari, a carattere transitorio e permanente, in seguito alla tonsillectomia, alla tonsillotomia e allo spezzettamento. Questi ultimi due procedimenti sarebbero da evitare, secondo O. Mayer, per il pericolo di un aumento della ritenzione nelle cicatrici residuanti. Quanto poi alla tonsillectomia, la sua indicazione sarebbe data, secondo Heimann, dagli stati seguenti: Angine ripetute e permanenza di masse caseose nella tonsilla; ascessi tonsillari ripetuti; tumefazione permanente delle ghiandole del collo e della nuca in relazione alle angine; reumatismo ed endocardite manifestamente in rapporto alla malattia tonsillare.

L'operazione sarà fatta nei periodi di tregua dell'affezione, ponendo ogni cura nella sua esecuzione, e cercando di non produrre lesioni delle parti vicine.

Per evitare la recidiva di ascessi peritonsillari Kramm consiglia di asportare la capsula tonsillare dalla cavità ascessuale.

Da rammentare infine una complicazione rara delle peritonsilliti, rappresentata dalla propaga-

zione del pus nello spazio perifaringeo, con conseguente parotite, irruzione nel condotto uditivo esterno, e formazione di ascessi multipli nell'angolo mascellare.

M. FABERI.

SEMEIOTICA.

L'esame istocitologico degli sputi tubercolari.

(A. BERGERON e R. LETULLE. *Revue de la tuberculose*, ottobre 1924).

Nello studio istocitologico degli sputi, occorre prendere in esame non solo la cellula, ma anche tutto il complesso dello sputo, cioè il muco, il reticolo, l'essudato sieroalbuminoso. Lo sputo deve essere raccolto in un recipiente pulito e senza altri liquidi; l'esame va praticato possibilmente lo stesso giorno della raccolta per evitare alterazioni degli elementi. Si distenderà lo sputo in strato sottile su vetri puliti e ben sgrassati, facendo uso del filo di platino e non mai per schiacciamento; per la ricerca delle fibre elastiche, si farà uno strato più spesso. Dopo il disseccamento all'aria, si procederà alla fissazione e colorazione con i metodi seguenti:

1) *Blu policromo di Unna*. Dopo fissazione all'acido cromico (1 %) per due secondi, si tengono i vetri nella soluzione pura di blu policromo di Unna per minuti 2 e 1/2-3; si differenzia lavando rapidamente con alcool a 90°. Questo reattivo, pur colorando le cellule, è quello di scelta per gli elementi amorfi.

2) *Emateina-eosina*. Fissazione in alcool-etere, colorazione con l'emateina per 4-5 minuti; si tiene poi in acqua corrente per qualche minuto, poi in eosina per due minuti, lavando poi in acqua. Questa colorazione è indispensabile per alcuni elementi cellulari, come gli eosinofili.

3) *Orceina*. È preferibile usare il centrifugato ottenuto con i metodi per l'omogeneizzazione, trattando poi per 6-12 ore con la soluzione di orceina, decolorando con alcool (alcool a 95° cmc. 40; acqua distillata cmc. 100; acido cloridrico cmc. 1), e lavando con acqua. Si colora il fondo con l'eosina. Le fibre appaiono di colore viola scuro, il fondo rosa. La soluzione di orceina si prepara usando l'orceina speciale per fibre elastiche (cg. 20, che si sciolgono in 20 cmc. di acqua distillata, a cui si aggiungono 40 cmc. di alcool a 95° e 30 gocce di acido cloridrico). Si può usare anche la fucselina di Weigert (per 30 minuti, dopo fissazione all'alcool assoluto); si decolora il fondo con alcool assoluto. Rimangono colorate soltanto le fibre in blu-viola.

L'esame si pratica con l'obbiettivo ad immersione per le ricerche citologiche ed isto-chimiche e con l'obbiettivo 4 per le fibre elastiche. La luce artificiale è preferibile, specialmente per la metacromasia che si ottiene con il blu policromo.

ASPETTO DEGLI ELEMENTI DELLO SPUTO.

Muco. Quello ialino, proveniente dalle ghiandole bronchiali, si presenta in forma di velo mal delimitato che forma il fondo di quasi tutto il preparato e che si colora in viola-rosso con il blu di Unna. È di aspetto anisto, senza struttura, con parti poco spesse colorate in rosa pallido ed altre più spesse di colore rosso-vivo. Il muco reticolato si presenta con l'aspetto di lunghe matasse di fibrille ondulate, quasi parallele, oppure come una formazione reticolata a maglie contenenti dei leucociti.

Essudato siero-albuminoso. Costituisce anch'esso il fondo del preparato, in forma di goccioline aniste a margini più o meno delimitati, colorati in viola-blu dal liquido di Unna, talvolta confluenti come un velo. Si tratta di sostanza ben differente dal muco o dalla fibrina, della stessa natura della sierosità albuminosa dell'edema polmonare, degli essudati pleurici, ecc.

Fibre elastiche. Sono omogenee, a margini netti, flessuose, talvolta attorcigliate con estremità che si dividono. Quelle delle pareti alveolari constano di fini fibrille ondulate come piccoli ammassi di capelli di donna; quelle provenienti dai bronchioli acinosi formano di solito un cerchio od una parte di cerchio e sono rigide, spesse, con qualche sfilacciatura. Si presentano qualche volta come piastre informi od a lamella in cui si riconoscono dei vasi o dei detriti di sclerosi elastigena in via di fusione.

Elementi cellulari. 1) *Cellule bucco-faringee;* grandi, irregolari, poligonali, a protoplasma poco colorato od in degenerazione oxifila che si colora vivamente con l'eosina, e con nucleo basofilo, spesso circondato da microbi.

2) *Cellule tracheo-bronchiali*. Raramente si presentano intatte, a forma di tronco di cono, con grosso nucleo ovale, con una parte spianata provvista di ciglia ed un'altra terminante con un prolungamento. Con il blu di Unna, il citoplasma si colora in violetto, mentre il nucleo ha la colorazione metacromatica viola-rossastra caratteristica del muco. Talora queste cellule hanno forma poliedrica od arrotondata. Il più spesso sono in via di degenerazione e l'agglomerazione dei loro nuclei forma piccoli reticoli o grandi reti fibrillari con reazione mucosa caratteristica, i quali erano ritenuti a torto come reticoli di fibrina.

3) *Cellule alveolari del polmone*. Possono presentarsi come piccole cellule alveolari, ben limitate, del volume di un polinucleare medio, con nucleo rotondo od ovale che occupa i due terzi

della cellula, collocato esattamente al centro che si colora fortemente; il protoplasma appare in viola con l'Unna. Il macrofago endoteliale, a nucleo talora multiplo, protoplasma mal colorabile, di grandezza intermedia fra il mononucleare medio e le grandi cellule vacuolari; spesso, il protoplasma contiene grani nerastri di polvere o del pigmento emoglobinico che si colora in verde con l'Unna. Dalla degenerazione delle cellule endoteliali ne risultano degli elementi basofili, vacuolizzati, alterati sino ad avere l'aspetto di semplici reticoli.

4) *Globuli rossi.* Di forma normale, od in ammassi si colorano in verde con l'Unna.

5) *Leucociti polinucleari neutrofili,* di solito più o meno alterati; i globuli di pus si presentano come polinucleari alterati con nucleo in cariolisi od in picnosi.

6) *Eosinofili.* Con l'emateina-eosina, mostrano un nucleo meno colorato che quello dei neutrofili e delle grosse granulazioni colorate in rosa vivo; queste, con l'Unna, formano nel protoplasma dei piccoli vacuoli tondeggianti, chiari in un fondo grigio-blu.

GLI SPUTI NELLE DIFFERENTI FORME DI TUBERCOLOSI.

1) *Forma fibro-caseosa comune, all'inizio.* *a*) Casi consecutivi a tubercolosi latente. Lo sputo rassomiglia a quello della bronchite banale, pur presentando delle particolarità che devono far insistere sulla ricerca del bacillo di Koch, spesso assente in tale periodo. Sul fondo muco-ialino, si vedono reticoli bronchiali mucinosi e cellule bronchiali più o meno degenerate, dei polinucleari ben conservati e, fatto importante, delle cellule mononucleari, le quali dimostrano l'esistenza di una reazione alveolare. Esse sono piccole, a tipo linfocitario, o più voluminose con nucleo arrotondato o reniforme; sono queste le cellule polmonari giovani od in reazione macrofagica. *b*) Casi che si iniziano con la congestione di un apice. Sputi mucopurulenti od un poco gommosi in cui, oltre agli elementi sopra enumerati, si trovano dei globuli rossi ed alcune piccole gocce di essudato siero-albuminoso. *c*) Sputo emottoico. Il fondo è formato da muco ialino e da reticolo a reazione mucosa. Vi sono sempre emazie, in quantità più o meno grande, cellule polmonari (piccole cellule alveolari o macrofagi endoteliali) numerose più che i leucociti polinucleari neutrofili; di questi, se ne vedono di alterati e di intatti; mancano o sono assai rari gli eosinofili. Se l'evoluzione tende a continuare, aumenta la quantità dei polinucleari.

2) *Periodo di rammollimento.* — Si possono avere due tipi di sputo. *a*) Bronchitico, con gli stessi caratteri della bronchite cronica, muco ialino, reticoli fibrillari che racchiudono dei polinucleari, scheletri di cellule bronchiali a reazione colorante mucosa ed inoltre cellule mononucleari; il fondo di muco e tutti gli elementi aggiunti hanno aspetto polveroso e degenerato; le granulazioni dei polinucleari non si colorano più, i nuclei di questi sono picnotici ed allungati. *b*) Sputo necrotico. Non si trova quasi più muco, tutti gli elementi sono in degenerazione, i reticoli fibrillari sono spessi ed a cespugli, colorati fortemente in viola con l'Unna. Si vedono numerosi detriti di nuclei picnotici, allungati e riuniti attorno a reticoli rigidi.

3) *Forme acute* (*Pneumonite caseosa*). Nei primi giorni, gli sputi rassomigliano a quelli della polmonite franca: fondo formato da una mescolanza di muco ialino e di essudato siero-albuminoso, emazie e piccola quantità di cellule giovani dell'endotelio polmonare. In seguito, mentre gli sputi pneumonici contengono leucociti intatti, cellule, polmonari giovani e macrofagi endoteliali, quelli della polmonite caseosa diventano vischiosi, nettamente verdastri e presentano i caratteri comuni a tutti gli sputi tubercolari: contorni delle cellule poco netti, reticoli più frammentati e meno colorati, nuclei cellulari deformati, specialmente nelle cellule mononucleari alveolari, in cui il nucleo allungato, stirato richiama quello delle cellule epiteliali. I nuclei dei polinucleari sono nettamente picnotici; le goccioline di essudato siero-albuminoso traducono l'intensità del processo di infiltrazione.

4) *Forme fibrose.* Nella tubercolosi apparentemente cicatrizzata con andamento clinico di bronchite cronica con enfisema, gli sputi hanno l'aspetto della bronchite cronica: polinucleari ben conservati, reticoli mucosi ben colorati, un po' di muco ialino, qualche cellula alveolare intatta. Nelle forme ancora in evoluzione dei bronchitici enfisematosi, si hanno le alterazioni sopra descritte.

Gli eosinofili non si riscontrano in quantità apprezzabile negli sputi dei tubercolosi; la loro presenza deve far pensare all'asma od agli stati asmatiformi degli enfisematosi.

La presenza delle fibre elastiche indica l'ulcerazione del polmone (tubercolosi, gangrena polmonare, ascesso del polmone); negli sputi tubercolari non compaiono che dopo i bacilli, sicchè esse non hanno importanza diagnostica, ma la loro abbondanza ed il loro aspetto possono dare indicazioni sull'estensione delle lesioni.

FILIPPINI.

CHIRURGIA.

La guarigione delle ferite e dei trapianti dopo la simpatectomia.

(G. PLACINTIANU. *Arch. f. Clin. Chirurg.*, 128 1/2, pag. 248, 1924).

Nella letteratura degli ultimi anni molto si trova scritto sull'importanza del sistema nervoso vegetativo nei riguardi di varie affezioni e molto si è discusso e tentato sulla opportunità di interventi su quel sistema per influire sulle malattie stesse. Jaboulay, Lériche, Brüning, sono coloro che più si sono interessati dell'argomento. Si è voluto distinguere le operazioni sui centri gangliari (distacco e resezione del nervo simpatico) da quelle sul sistema simpatico periferico.

Leriche ritiene che nella sezione di un nervo si stabilisca un neuroma, il quale sarebbe causa dei disturbi vaso-motori, dovuti ad un'irritazione continua. In questo modo avrebbero origine a loro volta le ulcere. Questi disturbi verrebbero a mancare invece, interrompendo l'arco diastaltico o con la simpatectomia o asportando il neuroma. Leriche e Brüning stanno più per la simpatectomia. Ma è anche vero come accanto a insperati risultati terapeutici nelle malattie più disperate, si contrappongano degli insuccessi clamorosi: e malgrado non si possa escludere che vi abbiano concorso anche errori di tecnica, si deve pur ricordare che sono state osservate delle emorragie mortali, consecutive a simpatectomie periarteriose. Bisogna infine tener presente due fatti: 1) non si possono trasportare sull'uomo senz'altro le esperienze sugli animali (Vincenzo S. ha dimostrato che nei cani non si ottiene nessun fenomeno vascolare con la simpatectomia); 2) nell'avvenire si dovrà tenere assai più che non ora, conto della anatomia e fisiologia normale del simpatico, e delle ricerche sperimentali.

L'A. ha eseguito 10 volte nell'uomo la simpatectomia periarteriosa: di queste vengono ricordati solo due casi, nei quali malgrado la sintomatologia fosse identica (necrosi delle dita del piede, con dolori fortissimi: non lues, non abuso di tabacco) si trovò una volta un'ipoplasia dell'arteria femorale, un'altra volta una arteriosclerosi giovanile. Nel primo caso si ebbe la guarigione, nel secondo no, malgradò i due pazienti avessero presso a poco la stessa età. Vero è che nell'arterio-sclerosi è assai difficile distaccare bene l'avventizia mentre, che per il successo dell'intervento, la guaina perivasale deve esser tolta completamente. Per l'iperemia consecutiva alla simpatectomia sono state offerte speciali condizioni atte a influenzare il decorso di processi inflammatori e per la guarigione delle ferite. Sperimentalmente si è poco lavorato su tale argomento. Solo Leriche dice che dopo la simpatectomia, nei conigli le ferite guariscono più rapidamente che in terreno sano. Dalle ricerche sperimentali dell'autore eseguite su conigli che si prestano particolarmente bene allo scopo, si deduce che — come aveva già osservato Leriche — le ferite della parte simpatectomizzata, cominciano ad epitelizzarsi già al quarto giorno. All'ottavo, la differenza con la parte sana è ancora più evidente. Al 15° giorno dalla parte operata, la ferita è completamente guarita, mentre dalla sana non lo è ancora. L'esame microscopico rivela un accrescimento maggiore dell'epitelio dalla parte simpatectomizzata: vi si trovano un maggior numero di capillari neoformati, una dilatazione evidente di quei preesistenti e sopratutto non si osserva alcun fatto necrotico, in opposizione alla parte sana. Esistono dunque in quella tutti i segni della iperemia e di una più rapida rigenerazione di tessuti che non da questa. Nell'attecchimento o nella guarigione di trapianti non si osservano invece differenze apprezzabili.

E. M.

Trombo-angioite obliterante.

(E. TELFORD e J. STOPFORD. *The Brit. Med. Jour.*, dicembre 6-1924).

Riconosciuta da v. Winiwarter nel 1879 e da lui descritta come endoarterite obliterante, questa malattia è stata recentemente studiata più completamente da Buerger, che la denominò trombo-angioite per le lesioni che essa determina oltre che nelle arterie anche nelle vene.

La malattia pur non essendo molto rara, non è stata tenuta in dovuto conto; epperò gli AA. riportano quattro casi personali nell'intento di richiamare l'attenzione su questa grave affezione. I caratteri clinici principali della malattia sono, secondo Buerger, i seguenti: si tratta di una lesione dei vasi sanguigni più grandi, a etiologia sconosciuta, ma che istologicamente ha l'aspetto di una infiammazione.

'L'affezione colpisce principalmente le grandi arterie degli arti, e, talvolta per una certa estensione, anche le vene. Avviene una trombosi seguita da organizzazione del coagulo, con conseguente grave inceppo della circolazione, in parte compensato dalla solita canalizzazione del tessuto fibroso.

La malattia colpisce quasi esclusivamente i maschi per lo più verso il 30° anno.

Gli arti inferiori sono colpiti preferibilmente: è tipico dell'affezione di apparire nell'arto opposto dopo un intervallo di 1-4 anni dal suo inizio.

I sintomi sono quelli di un arto in cui il cir-

colo arterioso si compie con la massima difficoltà. Il primo sintoma è il dolore, prodotto e aumentato dagli sforzi, e localizzato per lo più al piede o ai malleoli. In questo stadio si nota per lo più la mancanza del polso nelle arterie dorsale del piede, tibiale posteriore, poplitea e perfino nella femorale. Più tardi abitualmente si sviluppano uno speciale arrossamento, edema, e lesioni trofiche, e nelle forme più gravi gangrena che richiede immediata amputazione.

La durata della malattia è molto variabile, giacchè la cangrena può apparire precocemente o può ritardare fino a dodici anni.

L'etiologia della malattia è sconosciuta; non pare che la sifilide abbia alcun rapporto con essa.

I pazienti di Buerger erano quasi tutti ebrei: la malattia venne infatti chiamata « Die Hebraische Krankheit ». Questo probabilmente non fu che un puro caso, giacchè i quattro pazienti degli AA. erano inglesi.

Dei quattro casi riferiti dagli AA. tre necessitarono amputazione sopracondiloidea del femore per cangrena del piede, il quarto caso è ancora sotto osservazione: in ambedue gli arti inferiori la circolazione si compie con grande difficoltà ma non v'è ancora alcun segno di cangrena.

L'esame istologico dei vasi degli arti amputati dimostra alterazioni che corrispondono a quelle descritte da Buerger, e rendono manifesti i vari stadi dell'affezione.

All'inizio v'è un'invasione linfocitaria delle tuniche arteriose e venose: le cellule sono rimpiazzate da tessuto fibroso e si vedono vasi neoformati estesi attraverso l'avventizia fino alla media.

Contemporaneamente il lume vasale viene parzialmente occupato da un coagulo che poi si organizza. Nel connettivo obliterante si trova un certo numero di piccoli canali rivestiti da endotelio, che in alcuni di essi è circondato da una sottile tunica di muscolatura liscia. Avvenuta la trombosi, e mentre procede l'organizzazione, spesso si nota la comparsa di accumuli di linfociti simili a tubercoli che persistono finchè vengono rimpiazzati da tessuto fibroso. Generalmente v'è un ispessimento irregolare dell'intima, ma di regola soltanto una lieve proliferazione o fibrillazione della lamina elastica interna.

In uno stadio più avanzato il tessuto fibroso nel lume vasale ha un aspetto più denso, forse in parte dovuto alla contrazione del tessuto fibroso neoformato nella media e nell'avventizia, che non di rado mostra segni di degenerazione. Questa contrazione può essere un fattore importante nello sviluppo della gangrena, giacchè produce compressione e occlusione di molti dei piccoli vasi neoformati nel tessuto connettivo nel lume.

L'esame istologico dimostra che la malattia è molto più diffusa di quello che suggerisce il quadro clinico, essendo coinvolte le arterie e le vene superficiali e profonde; i vasi di una regione non presentano però alterazioni della stessa entità.

La costanza di alterazioni avanzate nell'A. poplitea è significativo, e può essere dovuta allo sforzo cui va continuamente soggetta per i movimenti del ginocchio.

Non v'è evidenza che l'affezione sia secondaria a una lesione dei nervi periferici; il reperto microscopico è quello di una infiammazione cronica, e suggerisce un'origine microbica della malattia.

Rabinowitz pretende di aver isolato un organismo a catena, a forma di bacchetta, Gram-negativo, con il quale sarebbe riuscito a produrre nelle orecchie e nei piedi di conigli le stesse lesioni dell'uomo. Questi esperimenti richiedono conferma.

Questa rara e grave malattia è certamente una entità clinica definita, di cui ignoriamo la causa. Il freddo, la cattiva nutrizione, le caratteristiche di razza, e perfino il fumo di sigarette sono stati presi in causa, senza dimenticare l'inevitabile teoria tossica.

Purtroppo non è possibile alcun trattamento abortivo o curativo, ed è difficile sperarlo là dove strutture come quelle di arterie principali sono già ostruite e distrutte da tessuto cicatriziale.

La cura è il riposo, il massaggio, e sopra tutto protezione dell'arto malato da qualunque lesione.

Allorchè segue cangrena del piede non si deve eseguire nulla meno di una amputazione sopracondiloidea del femore, giacchè la biforcazione della poplitea è quasi certamente bloccata, e l'amputare più in basso sarebbe pericoloso.

M. MARGOTTINI.

Contributo allo studio delle cisti chilifere del mesenterio.

(CAEIRO. *Semaña Medica*, 27 novembre 1924).

L'A. comunica un caso di cisti chilifere multiple del mesenterio riscontrate occasionalmente durante un intervento addominale per appendicite acuta, senza che prima le cisti avessero dato alcun segno della loro presenza.

Si trattava di un bambino di 5 anni in cui si manifestarono dolori addominali diffusi e specialmente accentuati al lato destro dell'addome, vomito, febbre e fenomeni generali tali da far porre la diagnosi di appendicite acuta.

Deciso l'intervento si riscontrò l'appendice situata nello spazio parieto colico d. mentre un'ansa del tenue aderente alla estremità del cieco passava a guisa di ponte tra cieco e parete laterale dell'addome a cui era fissata da aderenze determinando una specie di saccoccia dove era collocata l'appendice che si trovava quindi nascosta posteriormente dietro l'ansa e di cui solo appariva la estremità libera.

Il margine del mesenterio corrispondente alla inserzione di questa ansa era occupato da 4 cisti, che seguivano regolarmente detta inserzione per una estensione complessiva di circa 40 centimetri, distante qualche centimetro dal margine mesenterico dell'ansa, ma completamente isolate da questo. Queste cisti erano la più grande della grandezza di un mandarino, le altre tre della grandezza di una noce, di contenuto liquido fluido, di colorito giallo chiaro.

Quando si mobilizzò l'intestino per scoprire la inserzione della appendice si constatò che tutto il mesenterio era ricoperto da cisti più piccole, ma con le medesime caratteristiche delle quattro cisti più grandi; tutte situate nel margine intestinale del mesenterio, anche esse con lo stesso contenuto liquido fluido a colorito giallo chiaro. Il mesenterio era nel resto della sua estensione normale. Anche il resto dell'intestino tenue era normale. Il crasso non presentava alcuna cisti nel suo meso, nè ve ne erano nell'omento.

Si praticò l'appendicectomia e si asportò la cisti più grande resecando la parte avascolare della parete di essa: le altre tre cisti furono punte, mentre le numerose cisti piccole sparse nel mesenterio si lasciarono intatte.

L'ammalato guarì con un laparocele postoperatorio per cui fu necessario un secondo intervento un anno dopo, in cui si constatò che le numerose cisti di cui era stata osservata la presenza durante la prima operazione, erano scomparse quasi completamente essendone rimaste solo qualcuna che presentava i caratteri simili a quelle riscontrate nella prima operazione.

L'A. riassumendo le varie teorie sulla formazione delle cisti chilifere del mesenterio, osserva come molte volte esse siano delle pure sorprese operatorie o dell'autopsia. Per quanto si riferisce alla patogenesi di esse l'A. richiama l'attenzione sulla fortunata possibilità di aver potuto a distanza di un anno osservare nel suo caso l'evoluzione delle cisti da lui constatate, e si domanda come si possa spiegare la scomparsa delle cisti senza che esse avessero lasciato alcun segno nella sede da loro occupata.

Ammettendo una origine congenita delle cisti con una parete perfettamente costituita, con elementi propri, non si può concepire che esse in un tempo relativamente breve possano scomparire completamente.

Nè ammettendo una origine linfatica, cioè una adenite primitiva con degenerazione cistica come pensa Duval, o una neoformazione linfatica con formazione di linfangiomi cistici come pensa Hoffmann, l'A. crede che si possa ammettere la scomparsa di tali neoformazioni neoplastiche o infiammatorie senza che nei foglietti mesenterici, non fosse rimasto alcun segno di tale processo infiammatorio o neoformativo pregresso.

L'A. pensa invece che si sia trattato di una semplice ostruzione transitoria dei vasi chiliferi dovuta alla speciale costituzione del chilo: la enorme quantità di cristalli di colesterina constatata nel suo caso potrebbe aver provocato nei microscopici vasi chiliferi delle vere trombosi ostacolando la circolazione del chilo e originando delle ectasie parziali con dilatazione dei vasi chiliferi senza provocare alcuna reazione infiammatoria. Scomparsa per causa non bene chiarita, tale ostruzione, il ritorno normale della circolazione chilifera, avrebbe potuto provocare la scomparsa delle cisti.

A VIOLATO.

NOTIZIA BIBLIOGRAFICA.

ZWEIFEL e PAYR. *La clinica dei tumori maligni.* Vol. I, Hirzel. Lipsia, 1924.

L'opera consterà di tre volumi ed ha lo scopo di dare sia al medico pratico come allo specialista un manuale clinico dei tumori corredato da numerose notizie bibliografiche. Tratterà della clinica dei tumori in tutti i sistemi ed organi del corpo con i mezzi diagnostici e curativi fisici ed operatori e della etiologia dei neoplasmi con tutte le teorie finora ammesse. È uscito il primo volume sul quale è compresa: la patologia generale dei tumori maligni compilata da Borst in cui sono riportati brevemente i risultati delle esperienze nella produzione sperimentale dei tumori mediante stimoli (chimici, meccanici, fisici, parassitari); la teoria di Cohnheim, Ribert, Ehrlich; la biologia dei tumori maligni con la loro parte funzionale, i caratteri della malignità, la formazione di metastasi, l'accrescimento e l'espansione, le recidive, la cachessia e le guarigioni spontanee di alcuni tumori maligni. Alla parte generale il Borst aggiunge delle annotazioni ove sono brevemente riportate numerose osservazioni su tutti gli argomenti trattati, come la resistenza naturale degli animali agli innesti di tumori, la regressione spontanea dei tumori animali, l'immunità naturale ed acquisita, la disposizione, ecc. In seguito tratta della nomenclatura dei neopla-

smi comprendendo in un primo capitolo i sarcomi con le svariate forme (a cellule rotonde, fusate, giganti polimorfe, sarcomi-fibroplastici e mixoplastici, lipoplastici, condroplastici, osteoplastici, angioplastici, melanoplastici, ecc., cordomi); in un secondo capitolo parla dei carcinomi a cellule di rivestimento e ad epiteli glandolari accennando anche alle affezioni precancerose. In un altro capitolo racchiude le forme speciali dei tumori maligni come cilindromi, xantomi, psammomi, colesteatomi, ipernefromi, corion-epiteliomi e finalmente i tumori misti con i bidermomi e tridermomi.

La seconda parte compilata da Delbanco e Unna comprende i tumori della pelle. Fanno una prima distinzione in cancri a cellule basali e cancri a cellule spinose fra cui pongono un piccolo gruppo intermedio dei globo-cellulari caratterizzati dalla forma degli elementi polimorfi e da una ricchezza di mitosi ed amitosi; l'epitelio ha tendenza alla degenerazione idropica ed alla formazione di nidi. L'architettura del tessuto basale può avere il tipo solido, il tipo ghiandolare (carc. basocellulare adenoideo), il cistico, il paracheratosico, l'ialino, il mixomatoso. Il più frequente sarebbe il solido, il meno l'adenoideo. Accennano all'ulcus rodens che forma un gruppo clinico di determinati cancri a cellule basali ed al melano carcinoma come forma metaplasica, riferendo i principali dati per distinguere istologicamente tali tumori epiteliali dai connettivali. Per l'etiologia ammettono la teoria di Cohnheim avvalorata dagli studi moderni sui traumi, sugli stimoli meccanici fisici e chimici. Parlano delle alterazioni precancerose fra cui comprendono: il carcinoma di Jacob o ulcus rodens verum, la pelle da marinaio o da contadino, la malattia di Paget della mammella, la dermatosi di Bowen, la condilomatosi dei genitali, lo xeroderma pigmentosum, la dermatite da raggi Röntgen dei radiologi, la dermatosi dei lavoratori di paraffina, di catrame, riportando brevemente le esperienze di Yamagiwa e Ishikawa, Tsutsui, Bloch, Dreifus. Trattano del lupus psoriasi che molte volte è complicato da un carcinoma ed infine dei caratteri clinici delle diverse forme. Nel secondo capitolo raggruppano i sarcomi che distinguono in solitari e multipli, dermici ed ipodermici con le denominazioni di sarcoma multiplex cutaneum durum album, durum pigmentosum, cutaneum molle, cutaneum gummatodes, ecc. Tali sarcomi sotto forma di noduli duri di colorito bleu scuro si localizzano per lo più alle mani ed ai piedi. Alla formazione del tumore si accompagna edema, colorazione livida come marmorizzazione. I tumori possono rimanere stazionari, si ulcerano raramente e solo dopo 2-3 anni danno generalizzazione, cachessia, emorragia, ecc. Istologicamente presentano tessuto connettivo con forte sviluppo vasale cosicchè Frieboes li chiama angiofibromi. Secondo Sellei il sarcoma pigmentoso di Kaposi appartiene alle malattie infettive croniche. Trattano poi della micosi fungoide e delle diverse opinioni sulla sua natura neoplastica o infettiva. Tratteggiati i segni clinici per la diagnosi differenziale dei sarcomi in generale, parlano della terapia dei tumori cutanei mediante gli interventi chirurgici, sostanze chimichè, elettrolisi, folgorazione, diatermia, raggi Röntgen, radio, mezzi digestivi (pancreatina, papaiotina; pepsina-acido borico-timolo; pepsina-suprarenina); un capitolo aggiunto compendia lo xeroderma pigmentoso.

La terza parte racchiude i tumori maligni della testa ed è compilata da Küttner. Sono trattati i sarcomi delle parti molli cute e fascie, i melanomi, i carcinomi della pelle, il sarcoma della scatola ossea ed il sarcoma periostale accennando alla diagnosi con le iperostosi, le lesioni sifilitiche, i tumori secondari e la terapia operatoria; il sarcoma della dura madre perforante ed infine il cloroma ed il mieloma multiplo.

Nella 4ª parte Pette parla dei tumori del cervello descrivendo il glioma, il sarcoma, l'endotelioma e peritelioma, il psammoma e i rari epiteliomi del plesso coroideo e dell'ependima ventricolare, i fibromi, fibrosarcomi, mixomi, ecc., accennando anche ai tumori infettivi tubercolari e actinomicotici. Tratta ampiamente la sintomatologia dei tumori cerebrali enumerando i segni generali (papilla da stasi, cefalea, giramenti di capo, polso, disturbi psichici, convulsioni, ecc.) ed i segni locali a secondo della zona colpita descrivendo dettagliatamente le diverse alterazioni sensoriali e motorie sia per i tumori cerebrali come per quelli del ponte, del midollo allungato, dell'ipofisi. Parla della diagnosi differenziale coi mezzi sussidiari oltre che clinici (puntura lombare, encefalogramma), fa un cenno dei tumori parassitari (cisticercus cellulosae, echinococco) e degli aneurismi esponendo infine con la terapia un breve quadro di cranio-topografia (Krause). Riferisce poi dei tumori del midollo extra ed intramidollari ed in un breve capitolo riporta i tumori dei nervi (neuromi, falsi neuromi, malattia di Recklinghausen).

Nella parte seguente Payr svolge il trattamento operativo e radiologico dei tumori del cervello descrivendo la tecnica operatoria dalla anestesia alla trapanazione e alla puntura dei ventricoli.

Sattler espone i tumori maligni degli occhi comprendendovi i carcinomi delle palpebre con la diagnosi differenziale, il trattamento operatorio, i vari processi di plastica, il trattamento con

sostanze chimiche (Jequirity) con radio e raggi Röntgen; il carcinoma della congiuntiva e della cornea, il neo-carcinoma della congiuntiva bulbare; i sarcomi delle palpebre (leuco e melano sarcomi) i sarcomi della congiuntiva bulbare, della caruncola e della plica semilunare e tutti i tumori delle diverse parti dell'occhio fino a quelli delle ghiandole lagrimali tratteggiandone la diagnosi differenziale e la terapia per ogni specie.

Knick tratta dei tumori dell'orecchio, naso e gola e ad una raccolta accurata di tutte le specie di tumori maligni dalle parti di rivestimento a quelle interne con tutte le diagnosi differenziali aggiunge numerose figure macroscopiche e diversi processi operativi.

Partsch svolge i tumori del mascellare superiore con le diverse forme anatomo-patologiche ed istologiche, i segni clinici ed i risultati operatori consecutivi alla resezione del mascellare ed alla protesi; quelli della mandibola con un breve capitolo sulla protesi di essa dopo resezione ed un altro in cui tratta dei tumori posti tra maligni e benigni (endoteliomi, angiosarcomi, cilindromi, mixomi); i tumori della mucosa della guancia a tipo di epitelio di rivestimento e ghiandolare e finalmente i tumori maligni della lingua di cui ricorda il sarcoma e l'epitelioma accennando alla radioterapia di essi.

Da Heineke venne compilato un capitolo sui tumori misti benigni e maligni delle ghiandole salivari e di quelli a tipo epiteliale o connettivale.

Alberto Kocher tratta dei tumori maligni della tiroide ricapitolando la sintomatologia e i segni diagnostici da servire al medico pratico, esponendo dettagliatamente l'anatomia patologica dello struma sarcomatoso e carcinomatoso, dell'adeno-carcinoma embrionale delle facili metastasi ossee, dei papillomi cistici maligni, dello scirro, del parastruma maligno, dello struma maligno aberrante ed infine dei tumori delle ghiandole carotidee e da residui branchiali, accennando per tutti ai mezzi diagnostici e terapeutici.

R. BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. DE NICOLA. *La sifilide. Cura abortiva e cronico intermittente.* L. Cappelli, editore. Prezzo L. 5.

Premessi alcuni concetti generali, questa recente pubblicazione tratta essenzialmente della cura della sifilide. In tutti i tempi i medici sono stati preoccupati dall'idea di curare abortivamente tale morbo proponendo a volta a volta metodi numerosi e disparati. Oggi, dopo la scoperta del treponema pallido e l'enorme progresso terapeutico realizzato sopratutto coll'avvento dell'êra salvarsanica, non poteva essere a meno che l'argomento avesse ad essere ripreso e studi e tentativi a mille a mille si moltiplicassero.

Wassermann recentemente aveva occasione di esprimersi soggiungendo che in cento casi su cento i curati nel periodo primario siero-negativo possono essere sterilizzati radicalmente. Confortevole e incoraggiante asserto!

Personalmente l'A. ha curato abortivamente 125 casi riuscendo ad ottenere l'85 % di guarigioni fra i trattati nel periodo preumorale e il 70 % fra quelli trattati nel periodo primario ma con r. W. positiva.

Il trattamento cronico intermittente di cui si occupa l'ultimo capitolo è quello che, ove manchino le condizioni pel successo della terapia precoce abortiva, da Fournier in poi, con la maggior parte dei sifilografi, è stato applicato. Vengono riportati i diversi schemi curativi proposti dai varii AA. e dall'A. stesso.

È un libro di mole modesta, facile, piano che sarà letto volentieri e con profitto da ogni medico e studioso. Da molti, lo sappiamo, potrà essere avanzata qualche riserva circa i risultati della cura abortiva agli effetti della guarigione definitiva, ma ciò non toglie che le premesse e le considerazioni tutte esposte dall'A. siano improntate al più squisito buon senso e rappresentino il frutto di studi di alto valore sociale.

M. AGOSTINI.

W. KOLLE e K. ZIELER. *Handbuch der Salvarsantherapie.* Ed. Urban & Schwarzenberg, 1924, volume I, prezzo: marchi 30.

Di questo poderoso manuale è apparso ora il primo volume ricco di 750 pagine di testo. Gli Autori, il cui nome è già tale in Germania e fuori da risparmiarci ogni presentazione, pubblicano il libro insieme con un'eminente schiera di collaboratori cui sono affidate le singole trattazioni.

Il primo capitolo (H. Schlossberger) si occupa diffusamente dello studio sperimentale compiuto, in special modo da Ehrlich e dalla sua scuola, sui composti dell'arsenico prima di giungere al

salvarsan. Il secondo ed il terzo (H. Bauer, L. Benda e E. Stühmer) trattano della parte chimica, delle trasformazioni subite dal salvarsan nell'organismo e della sua eliminazione. I rimanenti capitoli, riguardanti più da vicino la parte medica, si occupano rispettivamente della tecnica delle iniezioni salvarsaniche (E. Nathan), dell'uso e dei risultati terapeutici del salvarsan nell'uomo (E. Bering), del decorso della sifilide coi preparati salvarsanici (B. Spiethoff), della terapia precoce della sifilide (K. Zieler e R. Mutschler), del trattamento unico salvarsanico (O. Naegeli), della cura mista Hg. salvarsanica (E. Stühmer) ed infine della cura mista in un tempo con le miscele Hg. salvarsaniche (W. Schönfeld).

I dieci capitoli del volume, ricchi in citazioni di autori per la maggior parte tedeschi, sono chiusi ciascuno da un'estesa bibliografia riguardante circa 4000 lavori, la quale rappresenta quanto di più completo può oggi desiderarsi e un'utilissima consultazione in materia. La trattazione assai ampia in genere, doviziosa in particolari, fa dell'opera un testo pregevole, un libro, al giorno d'oggi, completo per chi intenda studiare i preparati salvarsanici nella sifilide e nelle altre malattie infettive.

M. A.

Dott. FURIO TRAVAGLI. *La bismutoterapia della sifilide.* Monografie medico-chirurgiche d'attualità. Collezione del « Policlinico ». Casa editrice Luigi Pozzi, Roma 1925, pag. VII-69. L. 12.

Alla pregevole collana delle « Monografie medico-chirurgiche di attualità » si aggiunge ora questo lavoro del dott. F. Travagli, che tratta di una delle più vive ed interessanti questioni odierne, di grande importanza per il medico pratico.

L'A. riassume in esso quanto di più importante si conosce ora sul bismuto, sulle sue proprietà tossiche, su quella specifica nella sifiloterapia, sull'azione di questo metallo sulla reazione di Wassermann, sugl'inconvenienti della bismuto-terapia, ecc., facendo tesoro specialmente della magistrale relazione del prof. M. Truffi al XX Congresso di dermatologia e sifilografia e di altri recenti lavori italiani e stranieri su questo argomento di grande attualità.

Utile è per il pratico l'elenco dei vari preparati di bismuto in commercio e lo studio comparativo del loro valore antiluetico e delle loro indicazioni terapeutiche.

Chiude il volume, a mo' di appendice, un elenco di 156 casi, tutti osservati nella pratica privata e trattati con diversi sali di bismuto.

A. FILIPPINI.

E. FINGER. *Die Geschlechtskrankheiten als Staatsgefahr und die Wege zu ihrer Behämpfung.* Un vol. in-8° di pag. 69. J. Springer ed., Berlino, 1924. Prezzo marchi-oro, 1,70.

Connesso con la lotta contro le malattie infettive, è l'antico e delicato problema della prostituzione, di grande interesse medico-sociale, di cui la soluzione non può certamente aspettarsi da teorici semplicisti che, con qualche articolo di legge o con qualche ordinanza poliziesca, ritengono di poter frenare l'irruente marea. L'A. passa in rassegna le diverse prescrizioni che, in materia, si hanno in tutti i paesi civili, esamina la questione complessa della denuncia obbligatoria da parte del medico, del trattamento forzato, nonchè tutte le disposizioni di legge con cui, nei diversi paesi, si tenta di lottare contro le malattie veneree. Considera altresì il lato sociale della prostituzione, la questione dell'insegnamento sessuale e quella della profilassi individuale

Il piccolo libro è utile per chi voglia conoscere lo stato attuale di tutte tali questioni. L'A. dimostra, fra l'altro, la fallacia del controllo sanitario sulle prostitute e si schiera quindi con gli abolizionisti.

fil.

EHRMANN S. *Beziehungen der ekzematösen Erkrankungen zu inneren Leiden.* Un vol. in-8° di 56 pag. C. Marhold, ed., Halle a S., 1924. Prezzo G. M. 1,50.

Il quadro delle malattie eczematose può aversi in seguito ad irritazioni esterne, come pure per azioni endogene o comunque provenienti dall'interno del corpo. Le stesse azioni esogene, del resto, presuppongono una ipersensibilità, una anafilassi cellulare.

L'A. considera appunto qui l'eczema nei suoi rapporti con il complesso di tutto l'organismo, anzitutto con i disturbi del ricambio (diabete, diatesi urica, nefrite), passa poi agli eczemi che si notano in corrispondenza degli sbocchi del canale digerente e del tratto urogenitale ed a quelli che appaiono come manifestazioni di neurodermite, la quale, a sua volta, è connessa con disturbi digerenti (specialmente ipo- od anacidità) ed endocrini. Da queste considerazioni se ne deduce il trattamento, su cui l'A. si diffonde largamente.

fil.

WIENER K. *Die Beziehungen der Genitalorgane zu Hautveränderungen.* Un vol. in-8° di 77 pag. C. Marhold ed Halle a S. Prezzo G. M. 2.

La cute, nei concetti della moderna dermatologia, è ben lungi dall'essere considerata come un

qualche cosa di autonomo nel suo semplice ufficio di ricoprire il corpo. È anch'essa un organo che, con gli altri organi si trova in intima connessione e subisce quindi l'influenza di tutto il ricambio. Particolarmente importanti sono, sotto questo punto di vista, gli organi sessuali per gli innegabili rapporti esistenti fra essi e la cute. Basta pensare ad alcuni dei fenomeni più frequenti, come l'acne giovanile, l'erisipela recidivante in certe donne ad ogni mestruazione, la maschera gravidica, le dermatosi del climaterio, ecc., per aver un'idea del complesso ed importante problema.

L'A. prende in considerazione le dermatosi della pubertà, quelle che si accompagnano alle mestruazioni ed alle malattie degli organi femminili, alla gravidanza, al puerperio, agli stati di diminuzione o soppressione delle funzioni genitali, mostrando le interrelazioni di questi fenomeni. Molte però sono le questioni tuttora oscure, che attendono da precise ricerche cliniche e sperimentali un'adeguata soluzione.

fil.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta ordinaria del 6 febbraio 1925.

Sulla possibile importanza delle lisocitine nella patogenesi delle infezioni e delle intossicazioni.

Prof. BELFANTI. — Dopo una breve definizione dei caratteri e delle proprietà della lisocitina ottenuta da Delezenne-Fourneau dal veleno dei serpenti, l'O. ricorda le risultanze delle proprie ricerche che lo portarono ad estrarre, oltre che dal veleno dei serpenti e delle api, anche da alcuni organi normali (pancreas, ghiandole salivari, aorta, cervello) una sostanza velenosa (sostanza y) dotata delle stesse proprietà biologiche e chimiche della lisocitina di Delezenne-Fourneau.

Egli espone quindi i risultati di una nuova e numerosa serie di indagini con le quali ha cercato d'approfondire di più l'interessante problema e di istituire un confronto tra l'azione biologica del veleno naturale e quello della lisocitina artificiale, onde stabilire a quale meccanismo d'azione obbediscano queste sostanze e se trattasi di un veleno unico oppure di vari tipi di veleno.

Nelle prove *in vivo* sull'animale d'esperienza i due veleni, che *in vitro* hanno in comune una pronunciata azione citolitica, si comportano in modo analogo, determinando ambedue una evidente azione locale (edema, necrosi), un'azione sul sangue (coagulazione affrettata o ritardata) ed un'azione sui centri nervosi, morte per paralisi.

L'O. crede che il veleno dei serpenti agisca in quanto scompone le lecitine dei tessuti e soprattutto del cervello e mette così in libertà una lisocitina dotata di proprietà squisitamente tossiche; la lisocitina da sostanza y, invece, sembra esistere già preformata nei tessuti, forse per enzimi endogeni.

Per l'azione locale edematogena, emorragipara, ecc. si potrebbe pensare alla presenza nei tessuti di una lecitina scomponibile, come nel caso del cervello (cosa che le esperienze dell'O. però non confermerebbero) eppure potrebbe darsi che l'azione proteolitica del veleno agisse sugli endoteli dei capillari mettendo in libertà la lisocitina preformata; in questo modo verrebbe spiegato il meccanismo dell'edema e dell'emorragia.

L'O. prospetta la possibilità che anche in alcune malattie da batteri e specialmente in certe setticemie (carbonchio, setticemia emorragica) si possano mettere in atto meccanismi simili e si augura che ulteriori ricerche ne portino la prova inconfutabile.

Di alcune minute modificazioni di struttura negli organi, per azione delle lisocitine.

Prof. GUERRINI. — Ha sperimentato l'azione della lisocitina comparativamente con quella dei veleni dei serpenti e della sostanza « Y » di BELFANTI.

Ne ha concluso che tutte e tre le sostanze provocano emorragie con note istopatologiche equipollenti. Aggiunge che queste lesioni emorragiche hanno grande rassomiglianza con quelle proprie delle « setticemie emorragiche ».

Iniezioni sottodurali.

Osservazioni su alcuni feriti cerebellari (con proiezioni).

Prof. BESTA. — L'Oratore riassume i risultati di sue ricerche eseguite su otto casi di feriti cerebellari di guerra.

Da esse risultano i seguenti dati:

1) Lesioni limitate della corteccia cerebellare danno luogo a disturbi motorii, che colpiscono in modo, se non esclusivo, di gran lunga prevalente, determinati gruppi muscolari.

2) Le lesioni della parte laterale degli emisferi determinano deficienza funzionale dei muscoli *adduttori* dell'arto superiore od inferiore corrispondente o di ambedue con conseguente deviazione all'esterno nelle prove tipo BARAZY.

3) Le lesioni della parte mediale degli emisferi determinano invece, deficienza dei muscoli *abduttori* dell'arto superiore od inferiore con conseguente deviazione all'interno nelle prove tipo BARAZY.

4) Le lesioni della parte mediana determinano alterazione funzionale nella muscolatura del tronco e tale alterazione *può essere unilaterale*.

5) Il complesso sintomatologico considerato come classico delle alterazioni cerebellari, costi-

tuito cioè dalla atassia, dismetria, adiadococinesia, anisostenia, è proprio delle lesioni vaste della corteccia cerebellare di quelle in cui esistono dei fatti di compressione (cicatrici, aderenze, meningiti sierose, ecc.) che aggravano il quadro a focolaio; segno di più grave risentimento è la catalessia.

Le indagini dell'O. sono, anche per l'uomo, in concordanza con la dottrina di VAN RYMBERK, BARAZY, ecc.: degli autori cioè che tendono ad ammettere nella corteccia cerebellare delle localizzazioni funzionali.

Prof. SCARLINI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 10 settembre 1924.

Presidenza: Prof. PIERI, Presidente.

Su alcune indicazioni mediche di interruzione della gravidanza.

Prof. A. PONZIAN. — L'O. illustra tre casi terminati tutti con la morte della gestante, in cui, forse, la interruzione della gravidanza praticata in tempo avrebbe potuto conservare la vita alle pazienti.

Nel primo caso si trattava di una primigestante a termine, affetta da insufficienza mitralica in grave scompenso e arrivata all'Ospedale di Belluno in travaglio di parto giunto già al periodo espulsivo. Questo venne abbreviato con la applicazione di forcipe allo stretto inferiore eseguita senza narcosi. Poco dopo estratto il neonato, la donna veniva colta da paralisi cardiaca; con iniezioni intracardiache di adrenalina si riusciva per qualche minuto a ottenere di nuovo le pulsazioni cardiache che però cessavano poi definitivamente.

In una seconda paziente, pure affetta di insufficienza della mitrale in periodo di scompenso e gestante all'inizio del IV mese, veniva senz'altro interrotta la gravidanza. La paziente, pur avendo bene sopportato le manovre abortive e decorrendo normale il puerperio, non accennava, malgrado le opportune cure, a migliorare le sue condizioni cardiache e veniva a morte in 10ª giornata di puerperio.

Nel 3° caso si trattava di una gestante al VII mese affetta da anemia perniciosa progressiva. Era stata trattata nei primi mesi di gravidanza con preparati ferruginosi senza risultato, e in seguito, malgrado peggiorasse, non si era più curata di chiamare il medico. L'O. la vide per caso e rimase colpito dal suo pallore terreo; pur non nutrendo eccessive speranze sulla efficacia della provocazione del parto, e in considerazione che era questa l'unica via da tentare, ne consigliò l'immediato ricovero. La terapia non valse e poco tempo dopo del parto la paziente moriva.

I casi illustrati danno modo all'O. di esporre ai colleghi qualche considerazione sulla necessità di una attenta e continua sorveglianza nelle gestanti affette da cardiopatie e da forme anemiche e sulla convenienza di ospedalizzare precocemente queste ammalate.

Resezione esofago-gastrosplenica.

Prof. G. PIERI. — In un uomo di 46 anni sofferente nell'apparato digerente da due anni, fu diagnosticato un tumore maligno della parte alta dello stomaco con diffusione al cardias, e deciso l'intervento per via transpleurodiaframmatica.

Tre giorni prima fu praticato il pneumotorace (per evitare al momento dell'operazione lo shock dello spostamento mediastinico), e come atto iniziale dell'intervento fu eseguita la sezione del frenico sinistro, onde ottenere la immobilità del diaframma.

Incisione lungo la ottava costola di sinistra, che fu resecata dalla ascellare anteriore alla paravertebrale; incisione della pleura e del diaframma. Il tumore, che dal cardias si estendeva alla grossa tuberosità, aderiva saldamente alla milza. La sutura del moncone esofageo all'angolo destro del moncone gastrico riuscì in modo soddisfacente.

Il decorso postoperatorio fu sfavorevole: il malato malgrado i più svariati soccorsi per risollevarne le forze, soccombette al terzo giorno dall'operazione in collasso. L'autopsia dimostrò la tenuta perfetta delle suture viscerali (verificabile nel pezzo anatomico presentato alla Società).

L'O. ritiene che la tecnica adottata abbia ben corrisposto, ma che in caso analogo convenga, prima di attaccare il malato, risollevarne le forze con una adatta e prolungata alimentazione attraverso una digiunostomia.

Frattura dello scafoide del carpo.

Dott. G. USAI. — L'O. presenta un giovane di 22 anni, il quale 11 giorni prima cadde da cavallo riportando una lesione del polso destro che a prima vista dava l'impressione di una distorsione.

L'esame obbiettivo dimostrava un lieve edema diffuso sul lato radiale del polso, ed ecchimosi sul lato palmare, scarso versamento articolare, vivo dolore alla pressione sulla tabacchiera anatomica. I movimenti del polso erano estesi e indolenti, all'infuori di quello di abduzione radiale, provocante vivi dolori.

L'esame radiografico del polso dimostra una frattura dello scafoide senza spostamento. La rima di frattura ha il decorso di un Y che divide trasversalmente lo scafoide in due parti pressochè uguali, e ha la forca corrispondente al lato convesso del profilo scafoideo, cosicchè si ha il distacco di un piccolo segmento triangolare situato esattamente di fronte all'apofisi stiloide dell'epifisi radiale.

L'O. discute il probabile meccanismo patogenetico di tale frattura.

G. LOCATELLI.

Società Italiana Oto-Neuro-Oftalmologica Sezione di Roma.

Seduta ordinaria del 23 febbraio 1925.

Presiede il Prof. G. MINGAZZINI.

All'inizio della seduta il prof. DI MARZIO comunica l'avvenuta costituzione della Società Belga di oto-neuro-oftalmologia e della Sezione Neurochirurgica della stessa Società. Accenna che a Roma esiste già da tempo una reale collaborazione dei chirurgi coi neurologi. Legge in fine i saluti della Società Belga inviati alla consorella Italiana nell'atto della sua costituzione, ed il telegramma di risposta.

Il prof. GHERARDO FERRERI rivolge un saluto augurale al prof. BUSI chiamato a dirigere la Clinica Radiologica dell'Università di Roma.

Il prof. G. MINGAZZINI si associa.

Hanno quindi inizio le comunicazioni:

Ventricolografia nelle affezioni chirurgiche cerebrali.

MINGAZZINI ERMANNO. — Riporta acuni dati sulla « *Ventricolografia nelle affezioni chirurgiche cerebrali* », ricordando alcune nozioni storiche, qualche ricordo anatomico particolarmente interessante per la ricerca, le modalità tecniche, i pericoli inerenti alle punture del cervello e alla penetrazione del gas nei ventricoli. I metodi suggeriti sono due, la ventrilografia propriamente detta di Denoy, la encefalografia alla Bingel, ossia le insufflazioni del gas nel rachide. I risultati sono brillanti in quanto che permettono di stabilire l'esistenza di un tumore cerebrale o di un idrocefalo e di localizzarne la sede, l'estensione, la prevalenza unilaterale, e la sepimentazione degli spazi ventricolari nelle meningiti circoscritte. Tuttavia occorre una grandissima prudenza malgrado la semplicità apparente, poichè quasi sempre si verificano dei fenomeni di collasso e di perturbato equilibrio nella pressione del liquido cefalo-rachidiano con tutte le sue conseguenze.

Ascessi del lobo frontale destro.

D. PISANI. — Riferisce due casi di ascesso del lobo frontale destro, controllati all'autopsia. Nel primo caso si trattava di un ascesso di origine traumatica che per il decorso, per la sintomatologia generale e neurologica dimostrava una sindrome delle più tipiche. Nel secondo caso, invece, l'assenza di ogni dato etiopatogenetico anamnestico, la irregolarità del decorso, la sintomatologia multiforme e complessa, rendevano la diagnosi specialmente di natura quanto mai indaginosa. Il relatore pone a confronto questi due casi ed illustra la complessa varietà sintomatologica degli ascessi del lobo frontale.

Considerazioni intorno alla pressione del Liquor.

PISANI e BALDUZZI. — Gli OO. dall'esame della pressione di oltre 100 punture lombari eseguite sui malati delle più varie malattie organiche e specialmente funzionali del sistema nervoso, hanno rilevato che nel 55 % dei casi la pressione del Liquor misurata col manometro di CLAUDE nel malato posto in posizione seduta è superiore a quella che comunemente viene indicata da altri autori.

Dalle loro osservazioni, gli OO. traggono la conclusione che è necessario, per avere dei valori approssimativi esatti ed attendibili, fare la puntura lombare sempre in decubito laterale rifiutando quei dati che potessero rilevarsi con una puntura lombare fatta in posizione seduta. Che anche allora per stabilire una diagnosi d'ipertensione intracranica è insufficiente la sola valutazione della pressione del liquor, ma devono concorrervi tutti gli altri sintomi clinici.

Gli OO. hanno dipoi esaminato le variazioni che subisce la pressione del Liquor negli individui che hanno subìto un'estrazione di liquido con la puntura lombare. Essi hanno visto che sottraendo ad un malato 10 cc. di Liquor, dopo 6 ore la pressione è maggiore di quella che era precedentemente. Dopo dodici ore essa, pur essendo ancora maggiore, lo è meno che dopo 6 ore.

L'aumento della pressione è in rapporto con la quantità di liquido estratto. I relatori credono che questo fatto dia la spiegazione del perchè in alcuni casi le sindromi di meningite sierosa invece di migliorare peggiorano con le successive estrazioni del Liquor e pensano che questo mezzo di cura, benchè in alcuni dia buoni risultati, sia da abbandonarsi, almeno nei casi lievi, a favore della cura medicamentosa.

Su due casi di lesioni sfenoidali operati per via endosettale.

Prof. FERRERI GIORGIO. — Illustra due casi felicemente operati di trapanazione e svuotamento dei seni sfenoidali per via endosettale secondo il metodo di SEGURA-HIRSCH, seguiti da immissione nella cavità sinusale di tubi radiferi (2 ctg. di Radium per tubetto d'oro).

In fine delle comunicazioni si procede alla nomina delle nuove cariche della Sezione Romana della Società. Per proposta del vice-presidente, prof. DI MARZIO, risultano eletti all'unanimità l'illustre prof. GHERARDO FERRERI come presidente ed il dott. D. PISANI come segretario.

Dott. PISANI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le nefriti sifilitiche.

Le forme di sifilide renale debbono essere ben riconosciute per evitare dannose confusioni terapeutiche, che derivano sovente dall'oblio di quelle che sono le condizioni essenziali dell'efficacia medicamentosa.

N. F. (*Journal des praticiens*, n. 35, 1924) pone in confronto le *nefriti sifilitiche precoci* e le *tardive*. Le nefriti precoci permettono un orientamento rapido per un corteo di sintomi: la sifilide è recente, da 1 a 6-8 anni, compaiono edemi vistosi, o un vero anasarca che il paziente sopporta senza troppo incomodo, senza insonnia, disturbato solo dal fattore meccanico, senza essere nè un intossicato, nè un iperteso; le urine sono abbondanti, chiare e ricche di albumina. Questa sifilide non ha altre manifestazioni: assente l'Argyll, assente l'aortite. Il trattamento può dare dei buoni risultati, ma non sempre, per l'ostacolo opposto talora dalla chiusura del filtro renale alla eliminazione medicamentosa. Occorre dapprima stabilire il grado di permeabilità del rene per l'urea, con lo studio dell'azotemia, e adattare quindi a questa nozione le dosi iniziali e la intensità della terapia. Il mercurio e il bismuto possono essere insufficienti ed imperfetti per la loro tossicità renale, mentre sembra preferibile l'arsenobenzolo, insieme a un regime rigoroso di riposo e di dieta lattea, con una progressione terapeutica da 0,15 a 0,30, 0,45, 0,45, 0,60, 0,60 ogni settimana. Secondo l'effetto ottenuto si può passare a una seconda o terza serie, o sostituire il mercurio sotto forma di cianuro intravenoso, o il bismuto intramuscolare. Si sorveglia il peso con la bilancia, la quantità di urina col boccale, l'azotemia con le analisi frequenti.

Si possono avere a coronamento di queste prove terapeutiche delle vere resurrezioni, con scomparsa degli edemi, diminuzione o scomparsa della albuminuria, ripresa di una vita normale. Questi risultati sono possibili solo tentando l'avventura, e non limitandosi a un trattamento prudente, timido, che resta inefficace. Bisogna rischiare, mirando a un solo fine: la guarigione del malato. La nefrite tardiva è ben diversa. I malati, con sifilide antica più di dieci anni, sono degli ipertesi o dei dispnoici, con rumore di galoppo, e spesso sono aortici con o senza Argyll, con o senza tabe frusta. Le urine sono chiare, abbondanti, poco ricche di albumina. L'azotemia alta è frequente, il cuore instabile e perciò la terapia è delicata: si tenta un trattamento, e compaiono accidenti fino al blocco renale. Inoltre il nefritico secco è meno malato, apparentemente, dell'edematoso, e resiste, e disobbedisce al regime rigoroso.

In questi soggetti il novarsenobenzolo e il cianuro vanno usati con circospezione, preferendo sali di mercurio solubili, e bismuto per via intramuscolare. Se l'albumina aumenta, se le urine diminuiscono bisogna sospendere. Non è possibile fissare regole, poichè ciascun malato imprime alla propria malattia un carattere speciale, non comparabile con forme pure affini. L'adattamento alle varie circostanze va fatto con studio profondo e serrato della clinica prima, e delle reazioni di laboratorio poi, data la ricchezza e varietà dei soggetti.

A. PICCINELLI.

La nefrite mercuriale.

Esistono lesioni specifiche della nefrite mercuriale?

Due sono le alterazioni che sono state date come caratteristiche: la calcificazione delle cellule necrosate dei tubuli contorti; le modalità speciali della rigenerazione epiteliale nei canalicoli efferenti ed in particolare l'allontanamento delle cellule morte per parte della proliferazione esuberante delle cellule giovani. Ma la calcificazione è stata constatata ugualmente dopo altre intossicazioni e la caratteristica rigenerazione può mancare allorchè la morte è sopravvenuta precocemente ovvero può mostrare variazioni d'intensità che le tolgono valore.

R. Lemke (*Münchener Mediz. Woch.*, 1924, n. 2), in una intossicazione mortale seguìta a iniezione intrauterina di sublimato ha potuto constatarle in modo caratteristico e così pure in un caso letale per lavaggi ripetuti della vescica con soluzione di ossicianuro di mercurio.

Nakala ha distinto 3 fasi nella nefrite mercuriale: stadio iniziale del rene rosso con necrosi estesa e caduta dell'epitelio dei tubuli contorti; stadio del rene bianco-grigio che va dal 2° all'8° giorno con accentuazione delle necrosi; stadio del rene rosso mercuriale con le calcificazioni e la rigenerazione attiva degli epiteli associata all'iperemia dei capillari.

Nei due malati dell'A. morti in nona giornata le lesioni corrispondevano perfettamente a quelle del 3° stadio.

MONTELEONE.

La nefrite acuta nei bambini.

Dallo studio di 12 casi di nefrite acuta in bambini dai 4 agli 11 anni R. S. Allison (*The Practitioner*, marzo 1925) ha desunto vari dati di indubbia importanza.

Il valore etiologico della scarlattina e del freddo, citati da tutti i trattati, è fuori discussione. Ma più importante ancora sembra essere l'influenza morbosa esercitata dalle tonsilliti e dalle adenoiditi, a causa degli streptococchi contenuti in tali organi malati. Tale fattore si riscontrò in ben due terzi dei casi studiati, e il benefico effetto dell'ablazione del focolaio d'infezione confermò il loro valore etiologico.

Clinicamente, in una metà dei casi, si osservò ematuria massiva, disturbi organici gravi e modico edema. Disturbi generali più lievi furono in rapporto a emissione di urina concentrata di colore oscuro e di apparenza torbida. L'oliguria non rappresentò una caratteristica di nessuno dei casi.

Le prove funzionali della validità renale non mostrarono valore diagnostico e prognostico speciale.

Il tasso azotemico si trovò aumentato in un terzo dei casi, ma in via temporanea, e col cessare dei sintomi acuti ritornò alla norma.

Non si assistè ad alcun caso di uremia nè di morte, e i più guarirono apparentemente in un mese dall'inizio della malattia. In ogni modo poi, in un periodo dai 9 ai 12 mesi tutti i bambini furono accuratamente rivisitati e trovati sani, senza traccia alcuna della pregressa nefrite.

La cura, oltre alla già citata ablazione delle tonsille e delle adenoidi, consistette in riposo assoluto in letto, fino alla scomparsa completa dell'albumina dalle urine, constatata per almeno quattro giorni consecutivi; dieta lattea per la prima settimana, poi minestre di cereali, pesci ed uova, il tutto senza condimento di sale, e in maniera che il contenuto proteico della dieta non sorpassasse i due grammi per chilogrammo di peso del corpo; infine cura medicamentosa rappresentata da una mistura contenente tintura di giusquiamo e citrato di potassio. Durante la convalescenza si dimostrarono utili i preparati di ferro.

M. FABERI.

Sulla nefrite familiare ed ereditaria.

G. Malcolm Smith e G. Buchanan (*Lancet*, 27 settembre 1924), riferiscono la letteratura sull'argomento e un'osservazione personale di nefrite ipertensiva verificatasi in molti membri di due famiglie, in una delle quali, per due generazioni. Nella letteratura vi è qualche esempio di nefrite famigliare osservata in tre generazioni.

Nei loro casi gli AA. escludono la sifilide, ed altri fattori esogeni (vitto, abitazione, infezioni).

In una delle famiglie vi era anche predisposizione all'apoplessia; in essa i disturbi renali si verificavano nella media età.

Nell'altra i disturbi generalmente iniziarono nell'infanzia e nell'adolescenza. In parecchi di questi pazienti furono isolati dalle urine e dal sangue, ma non costantemente, streptococchi simili a quelli isolati dai denti e dalle tonsille.

Gli AA. pensano ad una debilità renale famigliare, per la quale una transitoria batteriemia facilmente ha leso il rene.

DORIA.

Importanza dei glomeruli nelle prove della permeabilità renale ai colori.

Bieter e Hirchfelder (*Am. Journ. of physiology*, aprile 1924) studiando col metodo di Richard dell'osservazione diretta del rene di rana, l'escrezione della fenolsulfonftaleina hanno osservato che essa viene escreta esclusivamente dai glomeruli. Intercettato il circolo glomerulare, dai tubuli non veniva escreta. La prova quindi, almeno nella rana, saggia soltanto la funzione glomerulare.

Se si riuscisse a provare che attraverso i glomeruli ha luogo solo filtrazione, sarebbe anche provata, secondo Richard, la funzione di riassorbimento dei tubuli.

DORIA.

Effetti delle iniezioni intravenose di cloruro di calcio sui reni.

I. Boucler e W. Walters (*Journ. A. M. A.*, 18 ottobre 1924) informano che nella clinica Mayo si usa da qualche tempo fare per tre giorni un'iniezione endovenosa di 5 cmc. di soluzione acquosa di cloruro di calcio al 10 % agli itterici da sottoporre ad atti operativi, onde aumentare la coagulabilità del sangue.

Precedenti esperimenti negli animali avevano accertato che tale pratica non è, in via ordinaria, dannosa pei reni. Però voci discordi si erano levate, ed anche autorevoli, affermando che il calcio è altamente dannoso per le funzioni renali (Mac Callum, Porges e Pribram, ecc.). Però questi adoperavano forti dosi, mentre altri autori, con dosi, nell'uomo, fino a gr. 1.5 non videro che un'azione diuretica e cardiotonica.

Gli AA. riprendendo gli esperimenti nei cani, con dosi pro kilo doppie e triple di quelle usate nell'uomo, ed eseguendo ripetuti esami di urine, esami funzionali con la fenolsulfonftaleina, esami istologici, non videro alcun danno renale seguire alle iniezioni di cloruro di calcio.

DORIA.

Per la riuscita del cateterismo uretrale.

Osserva R. Bonneau (*Journal des praticiens*, 29 ottobre 1924) che il cateterismo dell'uretra, salvo certe condizioni del tutto speciali (rottura dell'uretra, calcoli incuneati, tumori, ecc.), deve sempre riuscire, purchè si usi uno strumento adatto ed un buon metodo.

Per i restringimenti quasi insormontabili, si impone l'uso del fascio di sonde filiformi diritte o gomitate. Se una di esse si curva e non passa, la si lascia in posto e se ne introduce una seconda che potrà infilarsi. Nelle altre ritenzioni, specialmente in quella così frequente dell'ipertrofia prostatica, si userà la sonda in gomma, a gomito e con estremo olivare.

Tenuto conto poi che le difficoltà maggiori sono sempre date dalla congestione dell'uretra e dallo spasmo di essa al contatto con lo strumento, l'A. consiglia di togliere congestione e spasmo, mediante un'iniezione di una soluzione di cocaina a 1 %, a cui si aggiungono alcune goccie di adrenalina a 1/1000. Se ne introducono 5-6 cmc. e, se si vede che il liquido arrestatosi nell'uretra, vi forma una piccola tumefazione, pur tenendo chiuso il meato urinario con le dita, si esercita sulla tumefazione un leggero massaggio, che la fa scomparire. Un altro particolare d'importanza è la buona lubrificazione. Limitando questa alla sonda, accade che il corpo lubrificante si arresta sulle pareti dell'uretra, sicchè la sonda ne rimane priva. Per evitare questo inconveniente, l'A. consiglia di iniettare nell'uretra stessa, dopo la soluzione cocaina-adrenalina, dell'olio sterilizzato, dopo di che si può agevolmente procedere al cateterismo. Il tempo perduto in questi preparativi viene poi guadagnato con la successiva facilità del passaggio della sonda. Invece della cocaina, si possono adoperare i suoi succedanei, come novocaina, stovaina, scurocaina, ecc. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La spirochaeta pallida nel liquor nei primi periodi della sifilide.

È oggi universalmente ammesso che l'agente della sifilide può invadere il sistema nervoso centrale durante i primi periodi della malattia, al momento della disseminazione generale dell'organismo. Ciò è provato: *a*) dalla comparsa in questo periodo di segni clinici di lesione del sistema nervoso centrale; *b*) dalla presenza di alterazioni del liquor; *c*) dal reperto dell'organismo stesso nel liquor.

Fin dal 1905, anno in cui venne descritta la spirochaeta pallida, furono fatti tentativi di dimostrare il microrganismo nel liquor di sifilitici; tentativi che, essendo però limitati a metodi di colorazione, e all'esame in campo oscuro, furono in gran parte infruttuosi.

Dopo che venne introdotta l'inoculazione del liquor di sifilitici sui conigli, aumentò il numero dei risultati positivi, tanto che secondo Steiner, Artz e Fruhwald la spirochaeta pallida si trova nel liquor di pazienti con sifilide iniziale nel 15-20 % dei casi, benchè il liquor sia completamente negativo alle prove usuali di laboratorio.

Questo fatto è molto importante perchè solleva la questione del valore da attribuire nella sifilide iniziale a un reperto di liquor normale come indice di mancata invasione del sistema nervoso centrale da parte della spirochaeta.

A. M. Chesney e J. E. Kemp (*The Journal of Am. med. Ass.*, nov. 29, 1924) hanno controllato questi esperimenti su una serie maggiore di pazienti con sifilide recente (R. W. positiva nel sangue, manifestazioni di sifilide secondaria) nei quali il liquor era normale rispetto alle comuni prove di laboratorio (conta delle cellule inferiori a 9 per mmc.; reazione della globulina; R. W. e curva del mastice), e che non presentavano alcun sintoma di lesione del sistema nervoso centrale.

La tecnica seguita fu questa: inoculazione del liquor (da 0.75 a 3 cmc.) in uno o ambedue i testicoli di due conigli normali. Gli animali venivano tenuti in osservazione per novanta giorni, e se, spirato questo termine, non apparivano segni di inoculazione positiva, si asportavano i gangli poplitei e porzione dei testicoli inoculati, si emulsionavano in soluzione salina e l'emulsione si inoculava nei testicoli di due conigli normali. Questi conigli venivano anch'essi osservati per novanta giorni. Questa seconda serie di inoculazioni venne fatta perchè gli animali della prima serie potevano presentare una infezione tanto lieve da passare inosservata.

Si ottennero cinque inoculazioni positive con trentaquattro liquidi cerebro-spinali: in tre casi si ebbero nei conigli inoculati della prima serie. In nessun caso però ambedue i conigli inoculati col liquor di un paziente presentarono orchite.

I cinque stipiti ottenuti da questi liquor sono stati propagati con successo attraverso parecchie serie di conigli con l'inoculazione testicolare. Non hanno ancora dimostrato capacità di produrre lesioni secondarie della pelle e delle ossa: soltanto due hanno prodotto lesioni secondarie dell'occhio (cheratite) nei conigli.

La spirochaeta nel liquor apparentemente normale è stata dunque trovata nel 15 % dei casi. Questa percentuale è probabilmente inferiore alla realtà; ad ogni modo essa coincide con i risultati di Steiner, Artz e Fruhwald con l'inoculazio-

ne nei conigli, e di Warthin e Wile con la colorazione di sezioni di un coagulo ottenuto artificialmente dal liquor.

M. MARGOTTINI.

Terreno per la coltura dello streptobacillo di Ducrey.

È proposto da C. Nicolle e Durand (*La Presse médicale*, 27 dicembre 1924) ed è preparato come segue: Brodo 1 litro; agar g. 2,5; amido (o fecola di patate) g. 10.

Nei tubi contenenti il mezzo, già sterilizzato, si aggiunge il quinto del volume di sangue defibrinato di coniglio. Si lascia raffreddare in posizione verticale. La semina si fa in superficie; i tubi si mantengono a 35° fino alla nuova semina, che è bene ripetere ogni tre settimane. Lo streptobacillo vi si sviluppa in profondità in lunghe catene.

Per l'isolamento è bene seguire le regole di Reenstierna, partendo da un'ulcera di inoculazione protetta dalla medicatura asettica, aperta al secondo giorno e ben pulita. Si userà il tessuto del fondo dell'ulcera.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Diagnosi e cura dell'emiplegia. — All'abb. n. 7847:

Non basta l'esito positivo della reazione di Wassermann a far concludere per la natura luetica della lesione che ha provocato l'emiplegia. Al riguardo meglio suffragano elementi clinici. Questi possono far precisare se si tratta di una lesione distruttiva (emorragia, trombosi, embolia) o irritativa (tumori, gomme, lesioni meningee).

Parecchi elementi sono discriminativi: il modo di stabilirsi della paralisi, il carattere ed il decorso di questa, eventuali fatti concomitanti (epilessia jacksoniana).

Per le emiplegie da lesione distruttiva non si conoscono cure che valgano a modificare sostanzialmente il decorso che suole seguire il disturbo motore. Questo, come è noto, rimane più grave all'arto superiore, dove all'abituale stato flaccido iniziale segue una paralisi spastica che va sempre più accentuandosi. Anche nell'arto inferiore si stabilisce la contrattura, ma, a differenza di quanto avviene nell'arto superiore, essa è in estensione, per modo che la funzionalità è meno com promessa: l'infermo può stare in piedi sia pure appoggiandosi, e può camminare quantunque stentatamente con la caratteristica andatura falciante.

Quando questa condizione si è stabilita, non si può gran che sperare dalle cure elettriche.

DRAGOTTI.

All'abb. 11384-1:

Il concorso al premio Locatelli è stato già giu dicato: a norma peraltro del regolamento l'esito sarà reso noto nel prossimo congresso dell'Associazione professionale dei Dermosifilografi Italiani, che avrà luogo in Torino nell'ultima settimana del maggio p. v.

V MONTESANO.

All'abb. n. 7587:

« Annali d'Igiene », Roma, via Palermo 58;

« Biochimica e Terapia sperimentale », Milano, Periodica Lombarda;

« Bollettino dell'Istituto Sieroterapico Milanese », Milano, via A. Lecchi 14;

« Cultura Medica Moderna », Palermo, via Mura Porta Carini 11.

R. B.

Al dott. Angelo Viziano da Torino:

« La Medicina del Lavoro », Milano, via S. Barnaba, 8;

« Journal of Industrial Hygiene », Boston, Longwood Avenue, 240;

« Annales d'Hygiène publique, industrielle et sociale », Parigi, rue Hautefeuille, 19;

« Zeitschrift für Gewerbe-Hygiene », Vienna, II-11: Am Tabor, 18.

R. B.

Sull'impiego dell'optochina.

Riceviamo:

Nella rubrica « Posta degli abbonati » del n. 10 del *Policlinico* del corrente anno leggo una *risposta* che, secondo il mio parere, sarebbe necessario modificare.

L'optochina non viene più usata in generale sotto forma di sale (idroclorato) che, solubile e rapidamente assorbito, riesce pericoloso tantochè se ne era abbandonato l'uso ed in Germania era stato proibito di adoperarla con decreto del capo del servizio sanitario dell'esercito.

Attualmente si adopera l'optochina *basica* che è insolubile e riesce utilissima nella cura della polmonite. Si somministra per bocca alla dose di 75 centigrammi divisi in 3 prese da darsi alla distanza di 4 ore l'una dall'altra; questa dose si ripete, occorrendo, dopo 48 ore.

Sotto questa forma ed a questa data il rimedio non presenta affatto i pericoli che presentava sotto forma di idroclorato e per i quali si era cessato di adoperarlo.

Alcuni usano sempre l'optochina idroclorica per iniezioni intrarachidiane nella meningite pneumococcica ma non con i risultati benefici che dà l'optachina basica *per os* nella polmonite.

P.

VARIA.

Sforzo personale e assicurazioni sociali.

Un tempo i medici, molto meno forniti che ai nostri tempi di procedimenti diagnostici, di presidî e di laboratori d'ogni genere, portavano, nell'investigazione clinica, una cura meticolosa. Le loro opere sono ancora dei modelli; possiamo ancora apprendere molto leggendo Laënnec, Trousseau, ecc.

Oggi invece i pazienti vengono spediti ai laboratori privati o pubblici; si fa assegnamento sulle ricerche biologiche o serologiche; si formula la diagnosi sul risultato di una biopsia o sull'interpretazione di una lastra radiografica.

Evidentemente, non è da mettere in discussione l'utilità dei moderni procedimenti diagnostici; ma nei casi difficili si chiede troppo spesso, al laboratorio, una limitazione e semplificazione dei nostri sforzi!

Questo scoglio viene evitato facilmente dai medici che sanno analizzare, con spirito critico, il valore esatto degli esami sussidiari e il cui senso clinico non è divenuto ottuso, di fronte all'invadenza del laboratorio.

La così detta medicina sociale ha il torto di dimenticare queste verità; e quando si afferma che l'assicurazione-malattie si attuerà col concorso di cliniche sontuose e di laboratori scientificamente attrezzati, si perde di vista il valore dello sforzo individuale del medico.

Si assevera che, nel regime assicurativo, gli ospedali e i laboratori potranno promuovere i progressi scientifici; ma si dimentica che il medico portato alle ricerche d'ordine scientifico, deve lavorare in condizioni che nulla hanno di comune con gli ospedali. Prendiamo, a titolo di esempio, l'oncologia: un centro di ricerche in questo campo dovrebbe comprendere chimici, fisici, anatomopatologi, chirurgi, internisti, fisioterapeuti; non solo, ma questi studiosi e tecnici dovrebbero essere alleggeriti da ogni preoccupazione di guadagno, lavorare nella più assoluta libertà scientifica.

Un altro lato del problema è questo: l'obbligo dell'assicurazione esonera l'operaio dai suoi doveri personali verso la propria salute e, indirettamente, verso la collettività.

Perchè imporsi delle restrizioni nei piaceri o sottoporsi a fastidiose norme d'igiene? Il giorno della catastrofe, l'assicurazione rimedierà!

È così che l'assicurazione-malattia diviene un incentivo alla coltivazione delle malattie, allo stesso modo come l'assicurazione-infortuni fomenta l'isterismo da indennizzo!

Essa tende ad eliminare gli sforzi individuali, mentre, come ebbe a proclamare Spencer — dopo Emerson — la nazione dovrebbe essere costituita da « buoni animali », cioè a dire da individui fisicamente sani, produttori attivi di ricchezza, procreatori eugenici.

L'assicurazione sociale tende, proprio, agli scopi opposti, con le sue multiple istituzioni; essa conduce ad ammettere che la collettività sia responsabile di tutti i mali individuali e che debba sopportarne tutti i rischi e correggerne tutte le conseguenze.

(Da *Le Scalpel*, 10 gennaio 1925).

R. B.

Impressioni mediche dall'America.

Il dott. Theilheimer (*Bulletin Médical*, 29 novembre 1924), nel descrivere ciò che ha visto di più interessante a Chicago, insiste sopratutto sulla magnifica e molteplice attività dell'Associazione Medica Americana, la più sicura guida dei medici negli Stati Uniti, promotrice dello sviluppo scientifico della professione.

Rileva che la biblioteca dell'Associazione riceve 600 periodici. Egli rimane sorpreso del fatto che i fascicoli avuti in prestito vengono restituiti, non solo, ma anche alla data fissata, il che sarebbe inconcepibile in Francia.

L'*American Medical Directory* viene prospettato come un annuario « incomparabile » della professione.

L'autore lumeggia il grande potere dell'Associazione, che pure non dispone di sanzioni legislative, ma esercita solo un'influenza morale, mediante cui disciplina l'esercizio della professione e ne eleva costantemente il livello scientifico e l'efficienza pratica.

R. B.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

VALENTI CALOGERO. *Congiuntivite blenorragica degli adulti e dei neonati.* — Girgenti, F. Montes, 1922.

ID. *Congiuntivite linfatica o flittenulosa.* — Girgenti, F. Montes, 1922.

BALDASSARRE T. *Sugli effetti dell'adrenalina per uso ipodermico nella congiuntivite primaverile.* — Firenze, Tip. Sordomuti, 1923.

BAJLA EUGENIO. *Il sesso nella natalità e nella mortalità di Milano.* — Milano, A. Cordani, 1923.

BILANCIONI GUGLIELMO. *Le figurazioni della glandola tiroide in Leonardo da Vinci.* — Roma, Casa ed. Leonardo da Vinci, 1923.

BOVERI P. *Il Consiglio Nazionale del Lavoro nei rapporti con la Classe Medica.* — Milano, Saita & Bertola, 1923.

BRAVETTA E. e GATTI CASAZZA A. *La puntura cerebrale nella diagnosi degli stati demenziali non paralitici.* — Pavia, Tip. Coop., 1923.

BRUSA PIERO. *Ricerche ematologiche in un caso di emofilia.* — Firenze. Luigi Niccolai, 1923.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Lega Italiana per la lotta contro il cancro.

È stata diramata la seguente circolare:

Ai Sanitari italiani.

Di fronte alle 25,000 vittime e più che ogni anno il cancro miete in Italia, nessuno può sottrarsi all'obbligo morale di dare la propria collaborazione al movimento di viva propaganda e di utili provvidenze sanitarie e sociali, di cui la testè costituita *Lega Italiana per la lotta contro il cancro* si è resa promotrice.

Non bastano, invero, l'incoraggiamento dato dallo Stato, nè il fervido consenso già pervenuto alla Lega da parte di importanti Istituti scientifici e degli illustri sociologi e sanitari che hanno rivolto particolarmente i loro sforzi allo studio dell'angoscioso problema: necessita invece che entri nella coscienza della massa delle persone colte il sentimento di dovere *tutti indistintamente* dare opera fattiva e attiva perchè la crociata bandita contro il cancro raggiunga i maggiori beneficî risultati.

Fra le persone colte nessuno più dei sanitari può rendersi conto dell'alta importanza delle finalità che la Lega si è proposte.

Nessuno più dei medici, odontoiatri, levatrici è particolarmente chiamato ad esser parte competente nell'attuazione dei potenti mezzi a disposizione per la lotta: *precocità della diagnosi e tempestività della cura.*

È perciò ad essi che va rivolto il caldo appello di essere non solo intelligenti collaboratori tecnici, ma anche apportatori del modesto contributo economico che richiede per l'inscrizione alla Lega come soci.

Tutti i cultori di discipline sanitarie non tardino quindi a dare l'esempio dell'inscrizione come soci (1) alla Lega ed a promuovere nel tempo stesso con ogni interessamento quella delle persone colte di loro conoscenza.

Il Comitato centrale provvisorio: Presidente: prof. Alessandro Lustig.

Vice Presidenti: prof. Maurizio Ascoli e prof. Raffaele Bastianelli.

Segretario generale: prof. Gustavo Lusena.

Consiglieri: prof. Serafino Belfanti, prof. Mario Bertolotti, prof. Carlo Biaggi, prof. Gaetano Fichera, prof. Gherardo Forni, on. Luigi Edoardo Frisoni, prof. Pietro Gallenga, prof. Francesco Radaeli, prof. Achille Sclavo, prof. Pasquale Sfameni, prof. Giacinto Viola.

Segretario agli atti: dott. Guido Bini.

(1) Soci ordinari: L. 20 annue; soci fondatori vitalizi: L. 500 (per una volta tanto); soci benefattori: non meno di L. 1000.

Le quote devono essere indirizzate all'economo-cassiere della Lega, signor Pilastrini Guido, in Roma presso l'Opera Nazionale Invalidi di Guerra, Via Alberico, 11, 4-B (sede provvisoria del Comitato).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BROZOLO (*Torino*). — Scad. 30 apr. Cond. e uff. san.; L. 7500 e 1° c.-v., alloggio, indennità varie.

CASTELFIDARDO (*Ancona*). — Scad. 25 apr., 1ª condotta, prevalentem. chirurgica; 500 pov. su 3500 ab. circa; L. 8000 e 5 quadrienni decimo, due c.-v., se direz. Osped. L. 1000 e tariffa atti operativi; se uff. san. L. 1300; da L. 1000 a 3000 secondo il mezzo trasp.; età lim. 45 a. Certific. a 3 mesi dal 15 marzo. Serv. effett. entro 20 gg.

CATANZARO. — Scad. 25 apr. Direttore del *Consorzio antitubercolare fra i Comuni e la Provincia*; vedi fasc. 14.

CESENA (*Forlì*). *Congregazione di Carità.* — A tutto 30 aprile chirurgo primario dell'Ospedale Civile; L. 12,000; compartecipaz. onorari; indennità varie. Limite di età a. 40. Nomina in base a terna. A richiesta la Segreteria invierà bando di concorso, capitolati e tutte le informazioni del caso.

DOMODOSSOLA. *Ospedale di S. Biagio.* — Primario medico. Scad. 30 apr. L. 2400 oltre 50 % tasse di cura e 60 % tasse ambulat. Lib. doc. in patol. med. o clin. med. Laurea da 10 anni.

MELIZZANO (*Benevento*). — Per Dugenta; scad. 30 apr.; età lim. 40 a.; docum. a 6 mesi; L. 4000 (*sic*) e 5 quinq. decimo; obbligo delle vaccinaz. e rivaccinaz. e di sottostare a tutti i doveri previsti dal Capitolato.

MONTE S. MARIA TIBERINA (*Arezzo*). — A tutto il 30 apr., per Lippiano; L. 10.000 oltre c.-v.; servizio nell'Ospedale; alloggio gratuito; per uff. san. del comune L. 500; quattro quadrienni decimo; fino a 1000 pov.; cavalc. non oblig. Età lim. 40 a.

MONTEMARCIANO (*Ancona*). — 1ª cond.; stip. lire 8500; p. cav. obbligat. L. 3000; L. 1000 p. servizio chirurgico ai poveri di tutto il territorio; c.-v. Accettaz. entro 10 gg., serv. entro 40. Dagli abbienti 50 % tariffa. Scad. ore 12 del 25 apr. Età lim. 40 a. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

MONTEMIGNAIO (*Arezzo*). — Al 15 mag., ore 18; ab. 2000. L. 10,000 e 4 quadrienni decimo, oltre L. 300 uff. san., L. 1200 c.-v. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10. Saranno esclusi i disertori anche se amnistiati. Serv. entro 20 gg.

PALERMO. *R. Università.* — Assistente alla Clinica medica; L. 7000 e 2 quinquenni, oltre c.-v. Prova scritta e orale clinica. Tassa di L. 50 all'Economato. Scad. 30 apr. Nomina e conferme annuali. Domande al Rettore.

PARMA. *R. Istituto super. di Medic. veterin.* — Assistente alla cattedra d'igiene, polizia sanit. e tecnica delle ispezioni delle carni da macello; vedi fasc. 14. Scad. 30 apr.

PIANCASTAGNAIO (*Siena*). — Proroga al 30 apr. Lo stip. è elevato da L. 6500 a L. 9500. senza c.-v.

PIEDIMONTE S. GERMANO (*Caserta*). — Condotta; L. 8000 e 5 quadrienni decimo, oltre L. 500 uff. san. e L. 2400 cav.; tariffa minima Ordine per gli abbienti. Scad. 40 gg. dal 31 mar. Tassa lire 50.10 alla Tesoreria com.

PISA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Vice Direttore del Dispensario Profilattico Centrale di Pisa; vedi fasc. 15. Scad. ore 18 del 30 aprile.

POPPI (*Arezzo*). — Scad. 30 apr. Consor. con Ortignano-Raggiolo. L. 11,000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3500 cav., L. 500 uff. san. di Ortignano-Raggiolo, indennità ambulatorio per Ortignano, L. 1200 c.-v. Tassa L. 50,10.

RAVENNA. — A tutto il 30 apr.; 14ª e 15ª condotta; età lim. 40 a. Tassa L. 50 all'Economo comun. Stip. L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. supplem. rispettivam. di L. 500 e 1000; c.-v.; L. 2500 cav. Servizio e stabile dimora entro 20 gg. L'Amministraz. si riserva il diritto insindacabile di non procedere eventualmente ad alcuna nomina.

SAVOIA DI LUCANIA (*Basilicata*). — Al 30 aprile, ore 12; età lim. 50 a.; L. 8000 e 6 aumenti quadriennali per l'ammontare complessivo pari a cinque decimi dello stipendio stesso; addizion. L. 5 oltre i 300 pov. Ab. 1336, in collina. Serv. entro 10 gg.

SINALUNGA (*Siena*). — *Ospedale di Santa Maria delle Nevi.* — A tutto il 30 aprile, Direttore sanitario; L. 13,000 e quattro quadrienni del decimo.

TAGLIACOZZO (*Aquila*). — Al 30 apr., 3ª cond.; L. 9500 oltre L. 3000 cav.; rivolgersi Segreteria.

TRAMONTI DI SOTTO (*Udine*). — Cons. con Tramonti di Sopra; a tutto 30 apr.; tassa L. 50.10; condotta libera; L. 8000 per 1000 pov., L. 1200 c.-v., L. 800 uff. san., L. 3000 trasp., alloggio gratuito.

VERCELLI (*Novara*). — Condotta pel consorzio Sali-Montenero-Cascine Stra; vedi fasc. 13. Scad. ore 18 del 30 apr.

ZAGAROLO (*Roma*). — A tutto 30 apr.; L. 7000 e 5 quadrienni decimo; L. 1200 c.-v. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15 al Sindaco. Docum. a 3 mesi dal 24 mar. I termini del concorso saranno prorogati se i concorrenti non raggiungeranno il numero di quattro.

CONCORSI A PREMI.

Premio Hoffmann-La Roche.

La Società Italiana di Medicina Interna ha bandito il concorso a due premi Hoffmann-La Roche di L. 10,000. Il primo è scaduto. Per il secondo valgono le seguenti condizioni:

Art. 1. — A norma del deliberato 24 ottobre 1923 del Consiglio direttivo della Società Italiana di Medicina Interna, ratificato il 26 ottobre successivo dall'assemblea generale dei soci, viene bandito il 2° concorso a premio per l'ammontare di L. 10,000, somma offerta dalla Ditta Hoffmann-La Roche.

Art. 2. — Il concorso è destinato a premiare i lavori eseguiti nel campo della Terapia medica.

Art. 3. — Detto concorso è riservato a studiosi con cittadinanza italiana.

Possono concorrere al premio:

a) singoli autori;

b) più autori, che abbiano lavorato in collaborazione;

c) istituti scientifici, non industriali.

Per concorrere si può presentare tanto un'unica memoria, quanto un gruppo di memorie, collegate fra loro e riguardanti un solo argomento terapeutico.

I lavori dovranno essere già pubblicati: nel caso eccezionale di lavori inediti la concessione del premio sarà subordinata alla loro pubblicazione.

Art. 4. — I lavori presentati al concorso dovranno avere carattere strettamente scientifico e non riguardare nè rimedi segreti o di composizione non determinata, nè specialità medicinali, nè prodotti o apparecchi brevettati, nè dovranno in alcun modo servire di réclame a case produttrici o a singoli individui.

Art. 5. — Per concorrere al 2° premio Roche di L. 10,000 i lavori dovranno essere stati pubblicati entro il biennio 1924-25.

Art. 6. — I lavori dovranno essere inviati alla Segreteria della Società Italiana di Medicina Interna, in Roma, presso la R. Clinica Medica (Policlinico) e pervenire per il concorso al 2° premio entro le ore 16 del 31 dicembre 1925.

Art. 7. — I lavori presentati per il concorso saranno giudicati da una Commissione formata dal Presidente della Società Italiana di Medicina Interna (oppure da un Vice Presidente), dal Consigliere delegato e da tre membri del Consiglio direttivo. Detta Commissione giudica inappellabilmente ed a maggioranza assoluta di voti, redigendo apposito verbale.

L'assegnazione del premio viene fatta entro sei mesi dalla chiusura del concorso. I lavori restano di proprietà dei concorrenti.

Art. 8. — Qualora nessuno dei lavori presentati fosse giudicato degno di premio, la Commissione ha facoltà di prorogare il termine di scadenza del concorso.

Art 9. — Per tutte le altre norme o modalità non contenute o prevedute nel presente regolamento valgono le consuete disposizioni in uso per i concorsi del genere.

Roma, marzo 1925.

Il Presidente: E. MARAGLIANO.

Premi della Fondazione « Luigi Pagliani ».

È aperto un concorso ai premi della Fondazione « L. Pagliani », istituita presso la R. Università di Torino, per l'aggiudicazione di un premio di L. 5000 e di altri minori, e di medaglie di benemerenza, ad appartenenti al personale tecnico dei servizi pubblici igienico-sanitari dello Stato, delle Provincie e dei Comuni, o degli istituti di igiene

universitari, che si siano distinti per studi, pubblicazioni, progetti ed esecuzioni di opere, o fondazioni di istituzioni, le quali abbiano o possano efficacemente contribuire al risanamento degli ambienti o alla preservazione da malattie infettive e diffusive.

Domanda in carta bollata da L. 2 non oltre il 30 aprile coi documenti comprovanti i titoli di merito, al Rettore dell'Università di Torino.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Una Commissione formata dei proff. Di Vestea, Tusini, Bignami, Baglioni e Caronia ha proposto per la borsa di perfezionamento all'estero, istituita dal Ministero della P. I., Enrico Greppi, della Clinica medica di Pavia, e per la borsa di perfezionamento all'interno Giuseppe Lino, dell'Istituto di anatomia patologica di Palermo.

Il dott. cav. Nicola Consoli, medico provinciale di Catania, è trasferito a Messina.

Il dott. Carlos Maria Cortezo è stato rieletto presidente della « Accademia Nacional de Medicina » di Madrid; egli occupa questa carica ininterrottamente dal 1913.

La dott.ª Maria Lucas-Keene è nominata professore di anatomia umana alla Scuola Medica Femminile di Londra. A quanto riferisce il « Lancet », è questa la prima cattedra di anatomia umana tenuta da una donna.

PROFILI.

Con la nomina di Aristide Busi alla Cattedra di Elettroterapia e Radiologia la nostra Facoltà medica ha acquistato un vero Maestro.

Di ingegno vivace, di vasta e profonda cultura, acuto osservatore del malato, geniale nella sintesi diagnostica, Egli è veramente un entusiasta della sua branca, la cui importanza, quale mezzo di indagine, ha contribuito potentemente ad elevare.

Parlatore facile e convincente, portato all'insegnamento da naturale inclinazione, sa trasfondere il suo entusiasmo ai giovani, nel nobile scopo di formare in essi quella coscienza della responsabilità che è fonte di prudente giudizio, di ricerca fine e accurata nell'indagine.

Una solida preparazione culturale in medicina interna, frutto della permanenza, nei primi anni di vita scientifica, alla scuola di Augusto Murri, lo spinse a prediligere gli studi di diagnostica, quando, poco dopo la scoperta del Röntgen, rivolse ogni sua attività alla radiologia. Tali studi però non circoscrisse ad alcun campo: si può dire anzi che ogni branca dell'indagine radiologica trova in Lui un cultore di rara maestria e di indiscussa competenza, che ad ogni capitolo ha prodigato ricerche geniali ed accurate. E i suoi lavori *sulla sella turcica, sull'appendice vermiforme, sulle appendici auricolari del cuore, sugli aneurismi dell'arco aortico, sulle calcolosi renali ed ureterali, sulla radioterapia nella malaria, sopra un metodo originale per ottenere i radiogrammi in serie e il suo trattato di tecnica radiologica nelle malattie chirurgiche* possono fornire un'idea di quale multiforme attività sia capace.

Però nell'indagine degli organi addominali venne attratto da maggiore interesse: per cui vi prodigò gran parte della sua attività giungendo a vere conquiste che rimarranno classiche, quali le osservazioni *sulla valvola di Varolio* e *sull'ulcera del duodeno.*

Il suo spirito di organizzazione venne quasi direi rivelato durante la grande guerra, quando ebbe l'incarico di allestire per l'esercito le ambulanze radiologiche d'armata, che così preziosi servizi seppero disimpegnare in ogni frangente bellico.

Questa sua meravigliosa attitudine porta nell'insegnamento universitario.

E con la pacata fermezza della sua vigorosa fulgida maturità (ha infatti appena cinquant'anni) riuscirà certo ad ingrandire e a rendere più fiorente quella Sua scuola che già conta tanti e così valorosi allievi. Egli, degno successore del Ghilarducci, riuscirà certo a formare non solo una solida capacità scientifica nei radiologici delle nuove generazioni, ma anche e sopra tutto la coscienza morale che impone al medico l'esercizio austero della sua nobile ed alta missione. G. M.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso contro la tubercolosi a Napoli.

Come abbiamo già annunziato, indetto dalla Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi, presieduta dall'on. Raffaele Paolucci, sotto l'alto patronato di S. A. R. il Duca d'Aosta, e con l'adesione di tutte le Associazioni antitubercolari italiane, avrà luogo in Napoli, dal 25 al 28 maggio p. v., il 1º Congresso Nazionale Antitubercolare con annessa esposizione; presidente del Comitato ordinatore è il prof. Andrea Ferrannini di Napoli.

La importantissima prima adunata di quanti in Italia, medici e non medici, si occupano con fervore del grave problema della lotta contro la tubercolosi sarà indubbiamente produttiva di considerevoli benefici.

Si tratterà nel Congresso, secondo il giusto divisamento dei promotori, non tanto di discutere intorno alle moderne acquisizioni scientifiche, delle quali è quotidiana libera palestra la stampa medica italiana, bensì di stabilire un largo programma di azione, con preciso riferimento economico, per condurre con nuovo vigore la lotta.

L'esposizione annessa al Congresso, la prima del genere in Italia, servirà poi molto utilmente a documentare ai congressisti la reale entità del problema che essi sono chiamati ad avviare alla soluzione e starà a dimostrare quanto finora in Italia in questo campo si è fatto e si è ottenuto.

Congresso della Società tedesca di Medicina interna.

Si tiene a Wiesbaden dal 20 al 23 aprile 1925. I temi segnati all'ordine del giorno sono: Saggi fisiologici della sensibilità (relatore Frey); disturbi della sensibilità superficiale e profonda (Weiz-Sächker); patologia e terapia delle bronchiettasie (Brauer); malattie da streptococchi e da stafilococchi in medicina interna (Schottmüller); capacità reattiva dell'organismo nelle manifestazioni anatomo-patologiche delle malattie settiche (Dietrich).

Congresso Medico Russo.

Si terrà a Leningrado dal 23 al 27 maggio e verrà consacrato in prevalenza ai progressi della fisioterapia; saranno svolte le seguenti relazioni: prof. A. S. Brustein, « Elioterapia »; prof. S. B. Vermel, « Ionoterapia »; prof. A. L. Polianov, « La fisioterapia nelle artropatie »; prof. L. G. Mezernizky, « La fisioterapia nei disturbi delle secrezioni interne ». È rivolto un cordiale invito ai medici stranieri. Presidente del Comitato organizzatore è il prof. A. S. Brustein, baia Sovetskaia, 4, Leningrad.

Congressi medici sud-americani.

Il 6° Congresso Medico Cubano si tenne dal 14 al 20 dicembre 1924, con l'intervento di oltre 1300 persone, presenti i delegati ufficiali della Spagna e degli Stati Uniti. Tra i molti voti approvati segnaliamo i seguenti: per disciplinare il commercio delle specialità terapeutiche ed alimentari; per facilitare le necroscopie negli Ospedali; per fondare una scuola preparatoria per ufficiali sanitari; per la sorveglianza sull'immigrazione; per istituire un servizio odontologico sociale in tutto il Paese.

Il 2° Congresso Brasiliano di Sanità pubblica si è tenuto a Bello Horisonte, durante i primi del mese di dicembre 1924; fra i temi più discussi furono: l'igiene mentale, l'igiene scolastica, la profilassi della malaria e dell'anchilostomiasi, la statistica sanitaria.

Viaggio di medici in Sicilia.

Come fu già annunciato, il quarto dei Viaggi d'istruzione per medici alle Stazioni di cura italiane, organizzati dall'E.N.I.T., avrà luogo in Sicilia dal 18 al 25 maggio. Le iscrizioni al viaggio verranno chiuse il 30 corrente.

Convenzioni universitarie.

La convenzione per la conservazione dell'Università di Firenze porta a carico della Provincia L. 4,750,000 annue, del Comune L. 950,000 annue; contribuiscono con piccole quote vari Comuni della Provincia per raggiungere la somma di circa 1,500,000 lire, mentre lo Stato ne dà 2,400,000.

All'Istituto di puericoltura di Palermo.

S. M. la Regina Elena ha accordato il suo alto patronato all'Istituto di Puericoltura di Palermo, fondato e diretto dal dott. Valenza: Istituto che compie una efficace lotta antitubercolare.

Scuola di Sanità pubblica a Madrid.

A Madrid, con recente D., è stata istituita la « Scuola Nazionale di Sanità » coi seguenti scopi: formare il corpo dei medici da adibirsi poi agli organismi dipendenti dalla Direzione generale di Sanità pubblica; istruzione degli infermieri, disinfettori, e personale subalterno per la profilassi antimalarica ed antipestosa; corsi speciali di igiene sanitaria per architetti, ingegneri, medici liberi, farmacisti e veterinari; fondazione di un Museo di igiene, annesso alla Scuola; propaganda igienica, istruzione agli ispettori municipali sanitari.

La Facoltà Medica di Lisbona.

Celebrerà nel prossimo giugno il primo centenario della sua fondazione. Il Consiglio comunale ha votato un fondo, per concorrere alle spese della cerimonia.

Vittima della scienza nel Brasile.

Il dott. Alvaro Alvim di Rio de Janeiro, che per primo introdusse l'uso dei raggi X nel Brasile, dovette già subire l'amputazione della mano destra, in seguito a una radiodermite che durava da 5 anni; recentemente si è dovuto sottoporre anche all'amputazione di tre dita della mano sinistra.

Gli sono stati resi solenni omaggi dall'Accademia Nazionale di Medicina del Brasile e dalla Società di Medicina e Chirurgia di Rio de Jainero; un recente Congresso Medico Nazionale gli ha decretato una medaglia.

Scuola medica giapponese in Cina.

Il Governo giapponese ha deliberato la istituzione di una Scuola medica giapponese in Cina, a Shangai, stanziando due milioni di *yen* per l'impianto e 500 mila *yen* di dotazione annua.

Incendio in un manicomio giapponese.

In un grave incendio sviluppatosi a Tokio, fu coinvolto quel Manicomio: dalle macerie delle case incendiate furono estratti tredici cadaveri, e dal Manicomio sono scomparsi 108 ricoverati, senza che si possa, per ora, stabilire se siano rimasti vittime dell'incendio stesso, o se, in parte almeno, si siano posti in salvo.

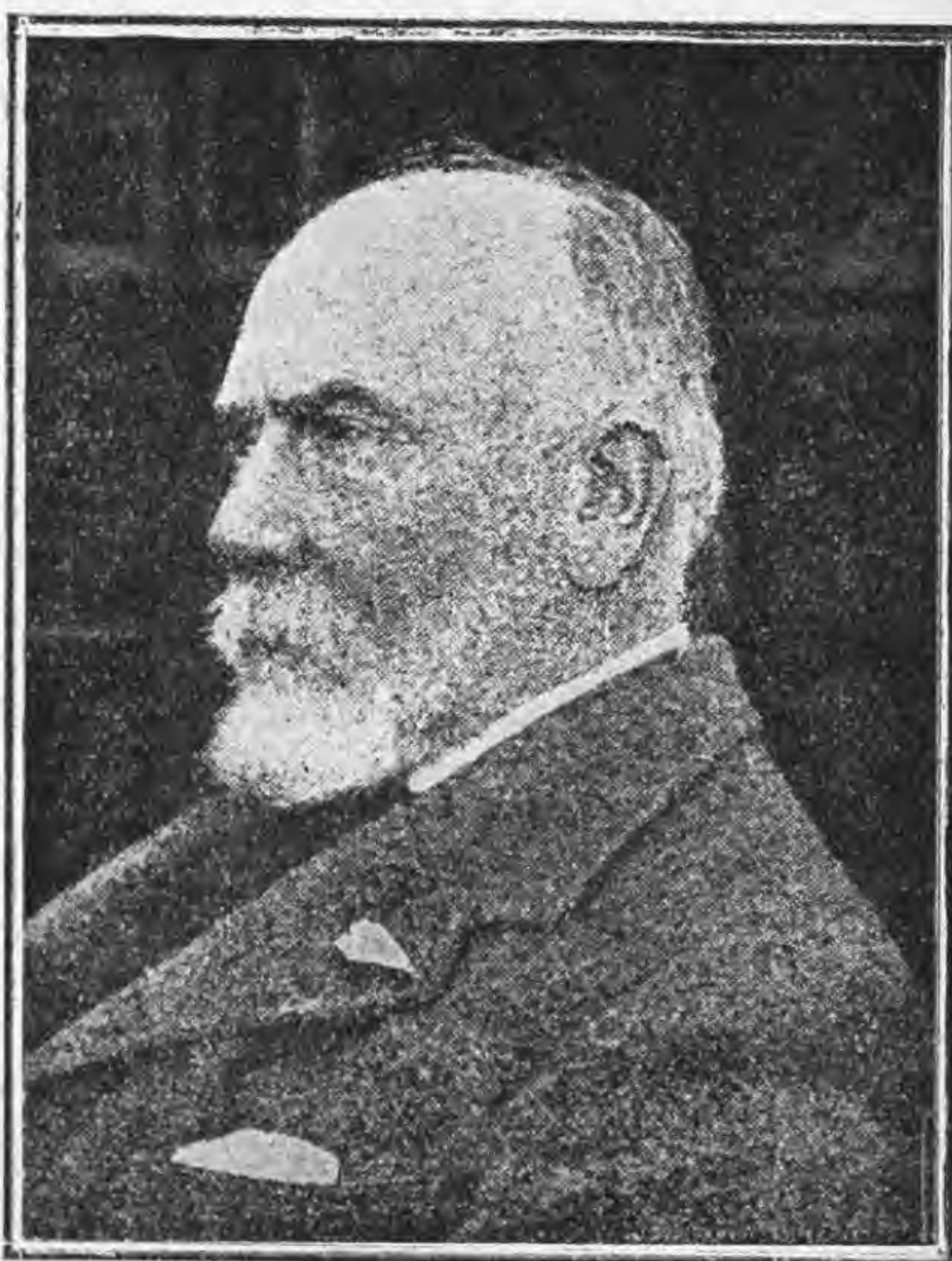
Per lo studio dell'anemia perniciosa.

La signora Cristina Mc. Donald Simpson ha offerto all'Università di Michigham oltre dieci milioni di lire come fondo per lo studio dell'anemia perniciosa.

Per le ricerche nella simpatectomia.

La Facoltà Medica di Copenaghen annunzia l'istituzione di un premio di 5000 corone per il migliore studio critico della moderna chirurgia del simpatico, basato possibilmente su ricerche ed esperienze personali. Il concorso si chiude il 1° luglio 1926; è riservato a medici o studenti in medicina dei paesi scandinavi: Danimarca, Norvegia, Svezia, Finlandia e Islanda; ne sono escluse le donne.

James Mackenzie.

Per una strana fatalità, che ricorre con frequenza nella storia della medicina, il celebre cardiologo Sir JAMES MACKENZIE è morto, il 26 gennaio u. s., di una cardiopatia, e più propriamente di quella cui aveva consacrato il suo ultimo libro, l'angina pectoris.

Era nato in Scozia nel 1853. Appena laureato, s'installò nella cittadina di Burnley, al nord dell'Inghilterra, e vi esercitò la medicina per 28 anni. È là, tra le esigenze di una clientela estesa, che egli gettò le basi della sua opera cardiologica, la quale doveva assicurargli una fama mondiale. Comprese l'importanza dello studio delle aritmie e la necessità di metodi grafici per fissarne i caratteri. Inventò il poligrafo ad inchiostro e lo fece costruire da un orologiaio del posto; mediante questo strumento, raccolse tracciati multipli: e il loro confronto, la loro interpretazione, gli permise di risolvere molti problemi sulle irregolarità del ritmo, sull'insufficienza e sul blocco del cuore, sull'angina pectoris. Questo lavoro, compiuto in condizioni precarie, ma con tenacia da scozzese, rivela metodi e rigore scientifici e una grande sicurezza di giudizio: non solo esso costituisce un acquisto permanente per la medicina, ma ha stimolato a nuove ricerche e può essere considerato come il fondamento della nuova cardiologia. A Burnley egli pubblicava il suo primo lavoro: « Lo studio del polso ».

Nel 1907 Mackenzie andò a stabilirsi a Londra e nel 1913 fu nominato direttore del Reparto cardiologico al London Hospital. Divenne uno dei consulenti più apprezzati della grande metropoli e dell'Inghilterra. Nel 1908 pubblicava « Le malattie di cuore », libro di cui si seguirono più edizioni e che fu tradotto in più lingue; poi dette alla luce « I sintomi e la loro interpretazione », altro libro che ottenne larghissima diffusione; di recente pubblicava « L'avvenire della medicina », che è stato commentato e discusso, sul nostro giornale, dal Murri, come i lettori ricorderanno.

In articoli, conferenze, libri, Mackenzie ha lumeggiato l'importanza della diagnosi precoce o anticipata, e la necessità di considerare le malattie nella loro interezza, quali fasi di un'evoluzione, espressione di un tutto organico; ha insistito sul còmpito del medico di famiglia, più che del medico ospedaliero o del consulente, nel sorprendere le forme iniziali delle malattie, nel seguirne lo svolgimento, nel precisare il valore dei singoli sintomi e nel portare nuovi contributi al sapere, preparando l'avvenire della medicina. In questo campo egli poneva per lo meno allo stesso livello il medico pratico e il grande consulente. Dette molto peso all'esame diretto dei malati e fu un po' severo nel giudicare l'opera del laboratorio.

Mackenzie ha molto contribuito ai progressi della medicina mediante il suo acuto criticismo, distruttore ma anche ricostruttore, sui metodi d'insegnamento.

Fu uno scrittore chiaro, interessante, efficace. Non esitava a confessare le sue incertezze; ma quando si era formato un convincimento, era dommatico, insofferente di contraddizioni. Non si teneva molto al corrente della letteratura medica e perciò talvolta ha dato per nuove delle concezioni che erano già state formulate.

Ritiratosi, recentemente, dal London Hospital, migrò di nuovo in Scozia, ove fondava, nella piccola cittadina di St.-Andrew, un Istituto di ricerche cliniche, unico al mondo nel suo tipo, per lo studio degli stadî iniziali delle malattie: disegno che la morte ha purtroppo arrestato. Andava raccogliendo auto-osservazioni sulla sua ultima malattia, di cui il primo attacco lo aveva colpito un anno prima.

Mackenzie ha coperto molte cariche onorifiche, in scuole mediche, in ospedali, in società scientifiche, ecc.

Indubbiamente Mackenzie può essere collocato tra i sommi della medicina inglese, accanto a Sydenham, Addison, Bright, Stokes, Hodgkin, ecc. La sua vita è stata doppiamente esemplare: per il valore delle sue ricerche originali e per le condizioni in cui esse sono state compiute. Egli ha dimostrato come, senza intrighi, si possa giungere ai primissimi ranghi della professione.

È morto a 52 anni, di anemia perniciosa, J. MORGENROTH, direttore della Sezione Chemoterapica dell'Istituto Roberto Koch per le malattie infettive a Berlino. Era stato a lungo assistente di Ehrlich; poi lo fu di Orth. Per qualche tempo fu ospite della Stazione zoologica di Napoli. Ha approfondite le nostre conoscenze sul meccanismo dell'immunità e in particolare sulle emolisine. Durante la guerra e dopo si consacrò alla chemoterapia delle ferite infette e delle setticemie, ponendo in luce l'efficacia curativa di alcuni colori di anilina.

Il giorno 26 marzo p. p. moriva nell'Ospedale di Rovigo il dott. RAFFAELE RIZZO, di anni 35, chirurgo primario dell' Ospedale di Trecenta, in seguito a gravissima infezione contratta quattro giorni prima medicando un ferito. Egli era stato per sei anni assistente nel reparto chirurgico dell'Ospedale di Rovigo, e da soli 30 giorni aveva assunte il nuovo ufficio. Lascia nel pianto la moglie e due teneri bambini.

Al martire del dovere vada il commosso saluto di tutta la famiglia medica d'Italia.

A. C.

A Napoli si è spento il prof. Comm. VINCENZO LAURO, colto ed apprezzato docente di Ostetricia e Ginecologia. Occupò la cattedra di ostetricia nella Università di Cagliari e fu anche incaricato dell'insegnamento ufficiale di ginecologia nella Università di Napoli.

S.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Münch. med. Wochns., 14 nov. — BUMKE. Correnti moderne nella psichiatria clinica. — H. RAUTMANN. Esercizi sportivi e malattie interne.

Riforma medica, 10 nov. — G. TRITTO. Frattura di entrambe le clavicole. — M. STANGANI. L'anemia a tipo pernicioso nel tifo.

Cultura Med. Moderna, 15 nov. — D. NARDI BATASSI. Artrite deformante. — F. DI RENZO. Passaggio dello stato anafilattico dalla madre al feto, per mezzo dell'allattamento.

Riv. ital. di Ginecologia, nov.-dic. — FERRACCINI. La colesterina del sangue e del liq. duodenale in gravidanza. — G. CALDERINI e V. SEGRE. La concentraz. proteica del siero di sangue nello stato puerperale.

Evolution Méd.-Chir., nov. — P.-A. DIGEON. Un nuovo metodo di anestesia generale. — L. LEMATRE. La farmacologia rimineralizzatrice

Journ. Am. Med. Assoc., 18 ott. — F. SCHMBERG. Ciò che vi è di noto e di ignoto sulle psoriasi. — WEINBERGER e HOLZMANN. Az. dell'insulina sulla press. sang. — DICKSON. Il trattamento della paralisi cerebrale spastica.

Gazz. Osp. e Cliniche, 9 nov. — E. DONETTI. Le sindromi da aderenze. — C. SEMENZA. Gastrotonovolumetria a scopo clinico.

Medicina Ibera, 15 nov. —C. SUARROS. Psiconeurosi dal climaterio maschile.

Morgagni, 9 nov. — BUONOMO LA ROSSA. L'anestesia reg. locale in ostetr. e ginec.

Riv. di clin. pediatrica, nov. — G. BALDUZZI. L'ipertrofia parziale congenita. — L. AURICCHIO. Ricerche sull'etiologia del morbillo.

Rinascenza medica, 15 nov. — G. GENOESE. La permeabilità meningea al bismuto. — G. GUARINI. La röntgen-terapia nei neoplasmi.

Arch. gen. di neurologia, psichiatria, psicoanalisi, fasc. III-IV. — M. LEVI BIANCHINI. Gli istinti nel sistema dei psichismi umani. — FUMAROLA G. Varietà rara di distrofia lipomatosa.

Journ. nerv. a. mental Disease, n. 5. — G. VERULLINI. Sui gangli basali. — A. GORDON. Sindrome parkinsoniana nell'encefalite letargica. — FOSTER e SMITH. Il bismuto nella tabe dorsale e nella paresi.

Amer. Medicine, ott. — H. HARROWER. L'insulina per via orale. — O. S. LOWSLEG. Anestesia paravertebrale.

Soc. méd. Hôpitaux, 13 nov. — CH. FLENDIA e A. TZANCK. Gli arsenobenzoli come anticoagulanti nella trasfusione sanguigna. — C. ARRILLAGA. L'elettrocardiogramma nella prognosi dell'insufficienza cardiaca. — BRULI e HILLEMAND. Ascesso polmonare guarito con l'emetina.

Journ. d. praticiens, 15 nov. — LEGUEU. Influenza della prostatectomia sullo stato generale e locale. — FIESSINGER e RAVINA. Ittero tossico da molluschi.

Zblatt. f. inn. Med., n. 46. — E. BECHER. Sullo sviluppo dell'asma cardiaco. — L. HAHN. La clinica dell'ipertensione.

Minerva med., 15 nov. — P. PIETRA e P. GARLASCO. L'esame della funzionalità epatica con la cromocoloscopia. — A. VIZIANO. L'anisocoria nella diagnosi di tbc. polm.

Liguria med., 1 ott. — A. MOGGIA. Saggio funzionale del fegato per mezzo della biligenesi.

Ospedale Magg., 31 ott. — D. CASSARINI. Splenectomia e morbo di Banti. — C. BORETTI. La vaccinoterapia in urologia.

Sperimentale, fasc. VI. — G. DAL COLLO. L'azione biologica del tallio. — A. FURNO. Sulla linite plastica endoteliomatosa.

Arch. di patol. e clin. med., fasc. V. — A. ROSSI e P. PERONA. Morfologia del cuore ed evoluz. organica. — S. ZISA. Il fattore costituzionale nell'ulcera peptica. — P. BENEDETTI. L'artritismo.

Ann. Ostet. e Ginec., ott. — G. DOLSENA. Coefficienza di vitalità dei feti nati da madri tbc. — N. DALLERA. Nuova sierodiagnosi di gravidanza.

Neurologia, n. 4. — A. SATTA. Reaz. di W. per differenziazione forme sifilitiche del nevrasse.

Nederlansch Tyd. v. Geneesk., 15 nov. — M. LEVY. Sieroreazione nella lebbra. — GROENEVELDT. Trattamento del prolasso rettale.

Paris médic., n. 46. — Num. dedicato alla medicina sociale.

Wien. klin. Wochn., n. 46. — E. EPSTEIN. La malattia di Gaucher. — A. G. GODEL. Emorragie gastriche parenchimatose.

Le Scalpel, n. 45. — A. BESSEMANS. Immunologia della scarlattina.

Clinica pediatrica, sett. — M. BERGAMINI. Biochimica dell'asse cerebro-spinale del bamb.

Journ. méd. Lyon, 5 nov. — P. VIGNARD. L'appendicite anatomica. — PEHN e ENSELME. La sifilide delle ossa lunghe nella prima infanzia.

Deut. med. Woch., 21 nov. — WEICKSEL. Sedimentazione delle emazie e differenziazione del sangue nella tbc. — BETHLEIM. Sul nistagmo. — CITRON. Determinazione dello zucchero nelle urine.

Wiener klin. Woch., 20 nov. — LENK. La spostabilità degli essudati infiam. pleurali.

Brazil medico, 11 ott. — VALERIO. Ascessi della lingua.

Journ. de Méd. de Paris, 22 nov. — H. DUFOUR e a. Diabete grave da tumore parapancreatico.

Gazz. Med. Italo-Argent., 16-31 ott. — C. MERLO. Perienterolite multipla fibrosa stenosante, intervento, guarig.

Practitioner, dic. — H. GRAEME ANDERSON. Trattamento con le iniezioni delle emorroidi. — A. H. SHENNAN. La tubercolosi causa di malnutrizione nell'infanzia.

New York St. Journ. Med., nov. — W. H. SWEETING. La febbre glandolare. — E. A. PARK. Nuove vedute sull'alimentaz. infant.

Pathologica, 15 nov. — T. SILVESTRI. Albumine eterologiche, esantemi e diatesi emorragiche.

Brazil-Med., 25 ott. — A. GAVIAO GONZAGA. Raro caso di sifiloma ereditario ipertrofico della faccia.

Riv. di Clin. Pediatr., nov. — G. BALDAZZI. L'ipertrofia parziale congenita. — L. AURICCHIO. Sull'etiologia del morbillo.

Edinb. Med. Journ., dic. — R. ROSS. Pensieri sulle scoperte mediche. — C. M. NEIL. Irritabilità facciale.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 nov. — Numero sulla medicina legale.

Giorn. d. Med. Prat., dic. — G. B. QUEIROLO. Sulle indicaz. delle acque alcaline.

Rass. Intern. di Clin. e Ter., ott. — G. MURERO. Trasformaz. del lupus volgare in verrucoso.

Cult. Med. Moderna, 30 nov. — L. PHILIPPSON. Scelta di un preparato bismutico.

Rinascenza Med., 1 dic. — G. VITETTI. Mielosi preleucemica. — P. ZUCCOLA. Emorragie polm. in corso di collassoterapia.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., nov. — DE WITT B. CAOLER. Nefralgia con alta tensione arteriosa. — H. C. COROLES. Occipito-posteriore. — R. L. DICKSON. Limitazione dei concepimenti.

Studium, 20 nov. — A. CARDARELLI. Il reumatismo vertebrale. — G. PISTOCCHI. Fibromatosi mammaria maschile e ginecomastia.

Revue Neurol., nov. — W. STERLING. Tipo spasmodico tetanoide e tetaniforme dell'encef. epid.

Presse méd., 3 dic. — O. BEUTTNER. Controllo dell'appendice in 1400 laparotomie ginecologiche.

Ann. di Ostetr. e Ginec., nov. — R. COSTA. Nuovo metodo di autoplasmaterapia per le infezioni puerperali.

Wien. Klin. Wochens., 4 dic. — R. GRASSBERGER. Compiti dell'igiene nella scienza, nell'insegnam., nella vita pubblica.

Presse Méd., 6 dic. — JAGNOV. La setticemia carbonchiosa.

Deut. Med. Wochens. — Numero pel cinquantenario; contiene 30 lavori sui progressi e i problemi della medicina.

Rev. Méd. de Barcel., nov. — Resoc. del II Congresso spagn. di scienze med.

Annali d'Igiene, nov. — E. DI MATTEI. Epidemiol. della peste. — P. C. BARDELLI. Linfangite criptococcica. — D. LAPPONI. Il potere lipolitico del siero di sangue.

Rev. Franç. de Gynéc. et d'Obst., 10 nov. — P. M. PIERRA e A. JOUVE. L'opoterapia spermatogenetica nella donna.

Journal A. M. A., 6 dic. — J. H. STOKES e L. W. SHAFFER. Sul trattam. della neurosifilide. — N. A. MYLL. Elioterapia della tuberc. gen.-urin.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 14 dic. — G. MILLUL. Trattam. delle vene varicose col metodo di Schiassi.

Riforma Med., 8 dic. — A. MUGGIA. Diuresi dei tessuti e diuresi dei reni.

Ann. di Cl. Med. e di Med. sperim., 15 ott. — U. SOLI. Lesioni arteriose degli animali ed arteriosclerosi umana. — F. ALESSIO. Intossicaz. speriment. da tabacco.

Art Méd., 31 ott. — DARTIGNES. Indicazioni dell'innesto testicolare antropoido-antropica.

Rev. españ. de Med. y Cir., nov. — A. SALVAT Y NAVARRO. Epidemiol. della febbre maltese.

Clinica Pediatr., ott. — R. SIMONINI. Diffusione della poliomiel. a. a. in Italia.

Stomatol., dic. — G. BILANCIONI. Aspetto clinico e istologia patolog. delle tonsille palat.

Giorn. It. d. Mal. Ven. e d. Pelle, dic. — A. SERRA. Virus della verruca, del papilloma, del condiloma acuminato. — A. CROSTI. Canali parauretrali e dotti ghiandol. parauretrali nella donna.

Minerva Med., 15 dic. — F. BRUNETTI. Reinfezione e superinfezione sifilitica. — C. VERDINA. Dosaggio dell'urea nelle urine e nel sangue.

Acta Dermato-Venereol., ott. — W. HOLLAND. Studî batteriologici e clinici sulla tub. cutanea. — F. FRICK. Sulla clinica delle angio-neurosi — K. PHILIPSEN. Estratti colesterinizzati per la r. W.

Riv. Ospedaliera, 30 nov. — P. L. BORTOLUCCI. La reaz. di Iarisch-Herxheimer.

Rass. Internaz. di Clin. e Ter., dic. — C. BIFULCO. Coesistenza di scarlattina e tifo.

Riforma Med., 22 dic. — E. MARAGLIANO. Lezione di chiusura. — A. PUCA. Glicorachia e glicemia.

Folig gynaecol., 4. — P. PERAZZ. Trapianti ovarici. — R. BOMPIANI. Rapporti tra mestruaz. e costituz.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 27 Aprile 1925 Fasc. 17

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PADOVA
diretto dal prof. ODDO CASAGRANDI.

Cisti e pseudocisti octonucleate amebiche.

Dott. A. SCARPELLINI, libero docente e aiuto.

In una comunicazione fatta nell'aprile del 1923 alla Società Medica Chirurgica di Padova (Tecnica per la colorazione delle cisti amebiche), e precisamente nella discussione che ne seguì, ebbi occasione di rendere noto che: « circa la durata della presenza di cisti octonucleate nelle feci (cisti indifferenziabili da quelle della E. coli), avevo potuto osservare costantemente che negli individui affetti da diarrea e nelle cui feci era stata messa in evidenza la presenza di amebe, non avevo mai notato che la scomparsa delle amebe nella fase vegetativa fosse concomitante con la comparsa delle cisti. Queste cominciavano a vedersi nelle feci quando l'ammalato, dopo perfetta guarigione, non si imponeva alcuna limitazione nella propria dietetica, specialmente nei riguardi di cibi vegetali crudi ».

Concludevo per la possibilità « che le cosidette cisti octonucleate, ritrovabili nelle feci normali, non derivassero da una esistenza precedente di amebe nell'intestino nella fase vegetativa, ma vi pervenissero come tali, incistidate, da un altro organismo, forse degli insetti.

Nel corso di queste ricerche ho potuto appunto incontrarmi con molti corpi cistici nelle feci umane, sicchè ho creduto non inutile precisare questi reperti, in modo da potere, con dati morfologici e microchimici, differenziare gli uni dalle altre e quindi dalle cisti amebiche, con le quali già da quanto avevo riferito, mi risultava essere stata fatta qualche volta confusione.

Premetto che, essendo già sufficiente la semplice fissazione, con qualsiasi mezzo ottenuta, a produrre una differenziazione del contenuto, così da poter procedere alla osservazione ed alla indispensabile conta dei nuclei, ho preso in considerazione soltanto quegli elementi che, per essere rivestiti da una membrana e possedere un contenuto pluricorpuscolato, potevano ricordare le cisti amebiche. Fra questi ho trovato le Blastocystis, aschi di funghi, granuli di polline e alghe.

Blastocystis. — È noto come questi parassiti (considerati a volte come forme di incistamento, di autogamia o di degenerazione di diversi flagellati intestinali, a volte come funghi, a volte ancora come forme di incistidamento o di dege-

nerazione delle amebe), si possano trovare nelle feci, specialmente nella porzione terminale dell'intestino. Senza entrare per ora in merito alla loro identificazione tassinomica, ricorderò trattarsi di corpi rotondi, di dimensioni assai variabili (da 6 a 40 micron), giallastri o completamente incolori. Ad ogni modo, le interessanti ricerche di Aragao hanno dimostrato che, durante i fenomeni che precedono la formazione di cisti secondarie, o sporulazione, (si riproducono anche per plasmotomia), i nuclei, in numero da uno a trentadue, si trovano più o meno regolarmente distribuiti in seno al protoplasma, invece che addossati alla periferia, dove sono normalmente.

In questo momento, le dimensioni, il contenuto plurinucleato, il contorno ialino che delimita la superficie esterna delle Blastocystis, giustificano la eventuale confusione per forme di cisti amebiche, indubbiamente stata fatta da alcuni Autori.

Aschi di funghi inferiori. — L'indole del presente lavoro non mi permette di entrare in dettagli sulla morfologia assai varia degli organi di riproduzione degli Ascomiceti. Ricorderò solo come ordinariamente l'asco contenga otto spore e possa assumere fra i vari aspetti anche quello ovalare o rotondeggiante, con un doppio contorno, talora assai bene visibile.

Per quanto riguarda le dimensioni ordinarie degli aschi a forma rotondeggiante (nelle cisti amebiche la media è di 15-20 micron; gli estremi minimi e massimi 8-30 micron), troviamo nel genere *Erisipha*, la *E. graminis*, la *E. Martii*, e la *E. cichoriarum*, i cui aschi misurano anche meno di 30 micron, contengono otto spore e sono possibili a riscontrarsi nelle feci, in quanto si tratta di parassiti dei cereali, delle leguminose e della insalata.

Alghe e granuli di polline. — Nelle feci possono ancora ritrovarsi, inghiottite con materiali diversi, alghe rotonde, alcune delle quali così scarse di colorofilla da apparire quasi incolori (se pure non trattasi della eventuale azione dei succhi intestinali sul pigmento clorofilliano), di dimensioni che stanno entro i limiti di quelli delle cisti amebiche.

Possono ancora ritrovarsi granuli di polline, a superficie liscia, contenenti dei corpi o degli spazi dotati di rifrangenza diversa dal rimanente corpo pollinico, tali, in ogni modo, specie quelli scarsamente colorati, da trarre in inganno anche un osservatore già iniziato a questo genere di ricerche.

La diagnosi differenziale si basa essenzialmente nella ricerca dei dettagli del contenuto, ricerca che è difficoltata dalla capsula.

Indice di questa difficoltà sono appunto i numerosi metodi proposti per la fissazione e colorazione delle cisti.

Io ho riusato allo scopo il liquido di Rippart e Petit (acqua canforata, 75; acqua distillata, 75; acido acetico glaciale, 1; acetato e cloruro di rame, ana 0,30) ed anche meglio l'ossido idrato ammoniacale di rame, o reattivo di Schweitzer. Questo liquido, mescolato alle feci, porta ad un rigonfiamento della membrana cistica, e all'1 su 5 con acqua distillata rammollisce soltanto la membrana e schiarisce il contenuto.

Poichè intanto Casagrandi e Barbagallo avevano detto che il miglior metodo per ottenere una buona colorazione era quello di sottoporre per pochi minuti ad una elevata temperatura un miscuglio di feci con acqua distillata, e colorare poi in massa con l'ematossilina alluminica di Bizzozzero, io ho combinato l'azione della elevata temperatura a quella del reattivo diluito. Basta allora l'aggiunta di ematossilina in soluzione acquosa all'1 % per ottenere una colorazione celeste delle cisti e celeste più scura dei nuclei; oppure trattare con acido acetico al 0,5 %, e poi con ferrocianuro potassico al 5 %, per ottenere che i nuclei contenuti nelle cisti si colorino in rossastro, per formazione di ferrocianuro di rame.

Ora, adottando queste tecniche, ho trovato quanto segue:

Nelle Blastocystis, in periodo di vita vegetativa, i nuclei (sempre in numero inferiore a quattro, ordinariamente due) sono addossati alle pareti; nel periodo di vita che precede la sporulazione, appaiono costituiti da un anellino contenente un granulo eccentrico. Mancano così del tutto della caratteristica disposizione della cromatina che dà un particolare aspetto ai nuclei delle cisti amebiche. Inoltre in questo periodo il contorno delle Blastocystis è rappresentato da un semplice cerchio: non si osserva cioè un doppio contorno cistico.

Negli aschi dei funghi, le spore non dimostrano alcuna particolare struttura interna da poter essere confusa con nuclei, e così dicasi dei corpi alghici e dei corpi pollinici.

***

Eliminata così la possibilità di una qualsiasi confusione di corpi cistici con le cisti amebiche, ho ripreso in esame la questione dell'incistidamento nei rapporti con la vita delle amebe (e particolarmente quella delle cisti octonucleate).

Premetto che la presenza e durata delle cisti nelle feci, studiata molto bene a proposito di quella dell'*E. coli* dal Grassi col Calandruccio e dal Casagrandi col Barbagallo, è rimasta come questi studiosi l'avevano precisata.

Essi infatti avevano notato come fosse più fa-

cile il reperto cistico nelle feci di individui sani che non in quelle di ammalati, e adducevano a conferma di tale reperto, che le amebe si incistidavano solamente quando il materiale fecale diveniva solido o semisolido, ciò che succede più facilmente negli individui sani che non negli individui affetti da malattia, nei quali, o per disturbi intestinali inerenti al morbo stesso o per l'azione di purganti, le feci non mostransi della consistenza normale.

Gli ultimi due AA. affermarono inoltre che in alcuni casi l'incistidamento avveniva tardi, allorchè le feci divenivano molto poltacee, potendosi anche dare che tra la cessazione della diarrea (e quindi la cessazione della eliminazione delle forme libere) e la comparsa delle cisti, intervenisse un periodo più o meno lungo di tempo, in cui non si rinvenivano nelle feci nè amebe incistidate, nè amebe libere.

In prove più volte eseguite già durante la guerra su me stesso, con la provocazione di uno stato diarroico dell'intestino e consecutiva comparse di *E. coli* nelle feci, non riuscii a ritrovare cisti octonucleate che molto tempo dopo, cioè fino ad oltre un mese, da che le Entamoebe in vita vegetativa erano scomparse e le feci erano addirittura solide. A simili risultati mi portò anche in parecchi casi la osservazione sistematica delle feci di individui già diarroici e con presenza di amebe libere, eseguita per alcune settimane dopo la completa guarigione ed il rassodamento delle feci (1).

A tutto ciò va aggiunto che nei preparati di feci eseguiti con il trattamento allo Schweitzer-ematossilina non ho riscontrato colorato, oltre alle cisti, alcun elemento di natura animale (come le uova di elminti) ma frustoli di tessuti vegetali, i quali assumevano un colorito azzurrognolo, in tutto simile a quello delle cisti.

Mi è quindi nato il dubbio che i corpi considerati comunemente come cisti di *E. coli* che compaiono tardivamente nelle feci di individui guariti e si trovano in molti sani, non siano cisti amebiche. E poichè fissando bene l'attenzione su questi corpi constatai che essi erano tutti multinucleati, e con un numero di nuclei non inferiore a otto, così mi sono dato ad una insistente ricerca di corpi simili alle cisti octonucleate, al di fuori dell'ambiente fecale.

Rivolsi l'attenzione anzitutto alla verdura ed alle frutta, perchè avevo notato una concordanza fra la alimentazione vegetale e la presenza di cisti nelle feci, come ho ricordato in principio. Studiai così l'acqua di lavaggio di insalata, piselli, fave, ecc., e di frutta, uva, mele, pere, ecc., e il contenuto intestinale degli insetti che trovavo sulle verdure stesse concimate con feci umane o no, e sulle frutta.

Ed in effetti nel deposito del centrifugato di queste acque di lavaggio, e più ancora nel contenuto intestinale degli insetti catturati, trovai varie forme rotonde, aventi le stesse dimensioni delle cisti, riconoscibili per il loro colore verdastro, che studiai attentamente, e sottoposte ad accurate ricerche microscopiche e microchimiche, potei accertare essere in alcuni casi alghe ed in altri granuli di polline.

In ogni caso, inghiottiti entro sacchetti di collodio, ed eliminati questi dopo 24 ore, l'esame microscopico del loro contenuto, non rivelava che fossero avvenute modificazioni sostanziali nella morfologia dei corpuscoli inghiottiti, neanche ripetendo il passaggio dei sacchetti stessi attraverso l'intestino per altri due turni di 24 ore.

Con questi elementi quindi, anche prescindendo dal colorito, non era possibile identificare le forme amebiche cistiche octonucleate.

Frattanto nel corso di queste ricerche e nel corso di una contemporanea infezione vaccinica accidentale, mi colpì un attacco dissenteriforme con temperatura fino a 39°,7 e numerose scariche muco-sanguinolenti.

Due giorni di letto, senza cibo di sorta, e due purganti, mi liberarono subito dai fatti acuti (1).

L'esame batteriologico delle feci riuscì negativo rispetto alla presenza di bacilli dissenterici, mentre quello microscopico rivelava la presenza di una ameba lobosa nella fase di vita vegetativa.

Col rendersi poltacee delle feci, andò diminuendo il numero di queste amebe, e a 5 giorni dalla scomparsa dei fatti acuti, mentre ve ne erano ancora delle presenti, cominciò la comparsa delle cisti le quali, dopo qualche giorno erano numerosissime, mentre le forme vegetative erano scomparse.

Esse avevano dimensioni variabili fra 10 e 15 micron (osservazione a fresco, oppure con materiale fissato in massa con liquido di Bouin,

---

(1) A questo punto desidero di aggiungere una considerazione: che se le feci diarroiche rappresentano un ambiente adatto allo sviluppo delle forme vegetative, non si comprende facilmente come, trovandosi le cisti nel 40 % degli individui sani, non si debbano trovare nel 40 % all'incirca degli individui diarroici le amebe libere. È pur vero che qualcuno afferma che la percentuale di tale presenza è ancora superiore al 40 %, ma non posso al riguardo non sottolineare che in oltre 500 accuratissimi e ben vagliati esami microscopici di feci diarroiche rivolti a questa ricerca, da me fatti, non sono riuscito a raggiungere tale percentuale.

(1) Non entro nella etiologia di questa infezione che si ha ragione di credere doversi riferire ad un virus filtrabile. Il Casagrandi ha trovato recentemente un tale virus in infezioni a tipo dissenterico.

senza colorazione), mostravano un *contorno* semplice, ed un numero di nuclei rispondenti in massima ai seguenti tipi: *a*) unico di forma sferica; *b*) unico di forma allungata; *c*) due nuclei sferici; *d*) due nuclei, di cui uno sferico e l'altro allungato; *e*) tre nuclei, di cui due sferici e l'altro allungato; *f*) quattro nuclei sferici.

Dopo 20 giorni circa, nei quali era avvenuta la scomparsa assoluta delle forme vegetative, era ancora possibile trovare qualche rara cisti: *nessuna aveva doppio contorno ed un numero di nuclei superiore a quattro.*

Noto che col materiale muco-sanguinolento, contenente le amebe nella fase vegetativa, ho infettati una serie di piccoli gatti dell'età di un mese circa, secondo la tecnica indicata da Casagrandi e Barbagallo. Cioè: digiuno di 24 ore; lavaggio intestinale con acqua clorurata tiepida, introduzione del materiale in esame con catetere flessibile e zaffamento anale con cotone.

I gatti così trattati vennero a morte in media in una settimana, con le caratteristiche di una enterite ulcerosa e nel contenuto intestinale erano abbondanti le amebe nella fase vegetativa (1).

Raccolto allora il materiale in un sacchetto di collodion e inghiottitolo, non trovai che cisti a *contorno semplice* contenenti da uno a quattro nuclei (e non più di quattro), senza cromidi.

Osservando il materiale fecale a fresco, in preparati lutati con paraffina, mi venne fatto di notare la presenza di due amebe distinte, le quali si accollarono l'una all'altra in modo che, a tutta prima, potevano sembrare una sola ameba, più grande delle altre, in divisione. Prolungando la osservazione la coppia rimaneva pressochè ferma, nonostante che l'una o l'altra, o tutte e due le amebe, continuassero la emissione di pseudopodi.

A poco a poco la parete di contatto fra le due amebe scomparve, per cui dopo 4 ore circa si osservava una sola ameba ovalare, che presto assunse la forma rotondeggiante, propria delle amebe allo stato di riposo. Non mi fu dato cogliere il momento nel quale i due nuclei distinti delle amebe primitive si fusero in un solo nucleo, di dimensioni un po' maggiori. Nelle ore che seguirono tuttavia, comparvero, oltre a questo nucleo, altri due più piccoli, i quali cambiarono più volte la loro posizione rispetto al nucleo principale.

Questo presentava una corona di granuli più scuri addossati alla faccia interna del contorno nucleare, i due nuclei più piccoli un solo granulo, a volte visibile al centro, a volte alla periferia.

(1) Con questo esperimento seguito a non entrare nella etiologia dell'infezione dissenterica per le ragioni esposte nella nota precedente.

Dopo altre due ore i nuclei piccoli si notavano vicinissimi fra di loro ed addossati al nucleo principale, finchè finirono per rifondersi con questo.

All'indomani, cioè dopo 22 ore circa dall'inizio della osservazione, l'ameba era di volume più piccolo e conteneva due nuclei, nei quali non erano differenziabili granulazioni di sorta; aveva cioè l'aspetto di una cisti binucleata, per nulla distinguibile dalle altre.

In questa ameba lobosa quindi l'incistidamento avveniva subito dopo che le feci erano diventate poltacee e solide, come di regola avevano osservato i precedenti Autori citati, per l'*E. coli*, e la formazione delle cisti pareva rappresentare il risultato finale di una copulazione, se non eterogamica, certamente isogamica. La cisti si poteva presentare mono-, bi- e tetranucleata (1).

Nè dunque nelle verdure e negli insetti, nè nel corso di un fatto intestinale acuto con presenza di una ameba lobosa, potei mettere in evidenza rapporti tra le amebe e le cisti octonucleate che si sa comparire tardivamente e venire attribuite alla *E. coli*.

Seguitai allora l'esame delle feci e dal trentesimo fino al sessantesimo giorno dalla forma acuta tale esame, fatto ogni giorno, non rivelò più presenza di amebe, tanto nella fase vegetativa che nella fase cistica. Trascorso questo tempo, ritornato alla alimentazione normale (frutta, insalata, verdure in genere) in quinta giornata, l'esame delle feci mise in evidenza qualche cisti *octonucleata*, e, dal 10° giorno in poi, il loro numero variò da una a cinque per campo microscopico arricchito (stemperamento delle feci con acqua salata, filtrazione per garza, centrifugazione, esame dello strato più alto del centrifugato).

Può dunque intervenire un periodo più o meno lungo tra la scomparsa delle amebe libere e la comparsa nelle feci delle cisti octonucleate: questo periodo può anche essere lunghissimo, tanto da non potersene supporre le cause. E v'ha di più: in alcuni casi non è possibile mettere in relazione la presenza di queste cisti nelle feci con precedenti o concomitanti forme vegetative, viventi in altra parte dell'intestino; in altri dopo

(1) Aggiungo alle già note conoscenze la possibilità che amebe del tipo *coli* (mi esprimo in questo modo perchè una identificazione con la *coli* nel mio caso non era possibile) presentino cisti tetranucleate le quali, come si sa, sono proprie della *E. tetragena* (erroneamente identificata con la *hystolitica*). Ma la mia ameba lobosa, senza che io entri in dettagli, non aveva i caratteri della *tetragena* e tanto meno quelli della *hystolitica*, per cui non posso venire ad una identificazione neanche con questa ameba. Essa piuttosto rispondeva ai caratteri di una *A. lobosa* coltivata in fucus crispus dal Celli e da lui ritenuta l'*E. coli* coltivabile, come meglio riferirò in una nota a parte.

la solidificazione delle feci, esse non si trovano nè in primo tempo, nè in quelli successivi, se anche si sottomette l'individuo all'azione di diversi purganti.

Inoltre prendendo in esame il contenuto intestinale di cadaveri ci si può trovare di fronte al fatto che all'autopsia si trovino, nelle feci formate, tali cisti e non si riesca a mettere in evidenza in nessun'altra parte dell'intestino alcuna forma libera (casi di suicidio, apoplessia, colpo di calore), il che vorrebbe dire trovarsi di fronte a portatori di cisti senza amebe libere in altre parti dell'intestino da cui quelle siansi originate: ciò che sarebbe un assurdo.

Infine aggiungerò che ho fatto ingerire a piccoli gatti delle feci con queste cisti, e che finora non sono riuscito ad osservare alcuna ameba libera, anche se in precedenza avevo trattato l'intestino in modo da renderlo facillmente aggredibile dalle amebe.

Per cui concludendo, accanto alle note pseudocisti amebiche appartenenti a Blastocystis, ad aschi di funghi, ad alghe, a granuli di polline, vanno, secondo me, collocate anche le cisti octonucleate che compaiono tardivamente nelle feci e vi sono così comuni: esse non si possono far rientrare nel ciclo di alcuna ameba, e non fanno quindi parte del ciclo dell'*E. coli*

OSSERVAZIONI CLINICHE

Clinica Dermosifilopatica della R. Univ. di Roma diretta dal prof. P. L. Bosellini.

Della tigna favosa nei primi giorni della vita.

Per il dott. Giuseppe Scatena, assistente.

Relativamente all'età di comparsa della tigna favosa, secondo l'opinione dei diversi AA., è nel periodo dai tre ai sei anni che si osservano le lesioni iniziali di questa malattia, ma la letteratura riporta casi frequentissimi in cui l'inizio della dermatosi è al di sopra di questo limite, per non parlare di casi di contagio della più tarda età, come quello riportato da Besnier osservato in una vecchia di 80 anni, quello di Leloir in un vecchio di 83 anni e l'altro di Del Chiappa in una donna di 63 anni; anche il Ciarrocchi in una statistica riporta molti casi di favo in età avanzata, forse però, in gran parte dipendenti da un lontano contagio giovanile.

Pochissimi invece sono i casi che la letteratura ci fa conoscere di contagi favosi in lattanti o in neonati. Besnier cita un caso in un bambino di sei mesi, Vidal in un lattante di 4 settimane, Desmed in un lattante di 14 giorni, Augier in un bambino di sei settimane. Schleissner descrive due casi di favo di neonati della stessa famiglia, l'uno di nove giorni contagiato dalla madre, il secondo di 15 giorni contagiato dal primo; Truffi ha descritto pure un caso di favo al decimo giorno di vita, Sprecher un altro in un neonato di 45 giorni.

Nel nostro caso la bambina mostrò il favo nei primi giorni di vita. La storia ne è ben chiara. Vento Filomena di Roma tre o quattro giorni dopo la nascita mostrò al capo una piccola massa crostosa, bianco-giallastra, secca che è andata man mano aumentando fino a farsi lenticolare. Dopo qualche settimana sono comparsi altri focolai al capillizio: nulla alle unghie. La cultura in terreni del Sabouraud mostrò un tipico Achorion di Schönlein.

Donde era venuto il contagio? Non mi fu possibile stabilire ciò, perchè nè persone, nè animali domestici dell'ambiente in cui si trovava il neonato, avevano un favo. Non mi è rimasto che supporre, come altri in casi consimili hanno fatto, che il contagio sia portato alla neonata indirettamente con biancheria infetta; forse da topo (vedi casi Benett, di S. Sherwell, e di M. B. Hutchius) che, come si sa, va soggetto a favo, ammesso che il topo possa essere affetto da Achorion Schönlein, il che non è ancora affermato con unanimi consensi.

BIBLIOGRAFIA.

Augier. Jour. de méd. de Paris, 1889.

Bazin. *Leçon Théoriques et cliniques sur les affections cutanées parassitaires*, 1857-1862.

Besnier et Doyn. *Note al Trattato di Kaposi*. 2ª edizione, 1891.

Bennett. Mountly Journal of medical Science, 1850, pag. 48.

Del Chiappa. *Casi non comuni di tigna favosa*. Giorn. ital. malat. ven. e della pelle, 1895.

Desmet. Jour. des méd. de Paris, 1889.

Hebra. *Trattato delle malattie della pelle*.

Hutchius. *A case of favus in a negro*. Jour. of cut and genito-urinary deseases, sept. 1895, pagina 377.

Kaposi. *Trattato di patologia e terapia della pelle*.

Leloir et Vidal. *Traité descrit. des maladies de la peau*, 1889.

Sabouraud. *La pratique dermatologique*, 1901.

Id. *Les teignes*, pag. 488.

Schleissner. *Favus bei Neugeborenen*. Archiv f. Dermat. und Siphil., 1900.

Truffi. *Favo eritemato squamoso circinato in un neonato*. Gazzetta med. it., 1902.

Sprecher. *Favus beim Neugeborenen*. Archiv. f. Dermat. und Siphil., 1910.

S. Sherwell. *Cases of favus contagion from the lower animals*. The Amer. Veterniary Review, novembre 1892.

Di un raro caso tipico di vitiligo emotiva

per il dott. WALTER PIERANGELI, già del Reparto dermosifil. degli Ospedali Riuniti di Napoli.

Essendomi occorso di osservare un caso di vitiligo emotivo, ed essendo la patogenesi di tale malattia ancora molto controversa, voglio renderlo di pubblica ragione per avvalorare maggiormente la parte che può avere, in taluni casi, una forte emozione su l'eziologia di tale infermità.

V. Maria, di anni 16, si presenta all'osservazione perchè affetta da alcune chiazze di vitiligo che le si sono iniziate circa dieci mesi addietro, a suo dire ed a quello della madre che l'accompagna all'ambulatoro, in seguito ad un intenso spavento provato.

Infatti, ecco quanto si è potuto esattamente ricostruire dal suo racconto.

Una sera, mentre l'inferma era intenta a dei lavori domestici sulla soglia della sua abitazione, che dà sulla piazza del paese, sbucarono da una via due gruppi di giovani che, per questioni politiche, rissavano sparando numerosi colpi di pistola; vi furono vari feriti uno dei quali, colpito ad una gamba, cadde non molto distante da lei.

La ragazza fu presa da forte pànico tanto che svenne e non si riebbe che dopo circa mezz'ora, pur rimanendo in preda ad una vivissima agitazione nervosa con disturbi della favella (balbuzie) che perdurarono per circa una settimana.

Si era del tutto rimessa da questo choc nervoso ed erano appena trascorsi dieci giorni dalla forte impressione provata quando, prendendo un bagno, casualmente s'avvide che ad entrambe le gambe verso la parte esterna vi era una piccola chiazza biancastra della grandezza di una vecchia moneta da dieci centesimi. Accortasi di ciò volle meglio farsi osservare, per tutto il corpo, dalla madre e questa scoprì altre due piccolissime chiazze anch'esse biancastre alle scapole di entrambi i lati.

Tutte queste, via via sempre aumentarono di grandezza e ad esse se ne aggiunsero anche altre minori, ciò nel breve spazio di circa 45 giorni, poi subirono un arresto e si mantennero tali come alle attuali condizioni:

1) Sulla faccia esterna della gamba sinistra una chiazza della lunghezza di 19 cm. e della larghezza di 12 cm. con contorni quasi netti (figg. 1 e 2).

2) Sulla faccia esterna della gamba destra chiazza della lunghezza di cm. 14 e larghezza di 10 cm. anch'essa con contorni quasi netti (Ibidem).

3) Al punto di congiunzione della regione femorale anteriore sinistra con la regione articolare del ginocchio una chiazza della forma irregolare ed a contorni non ben delimitati in cui il diametro trasverso è di cm. 3 e quello longitudinale di circa cm. 3 1/2 (Ib.).

FIG. 1.

4) Al centro della regione pubica una chiazza della grandezza di un'attuale moneta da due lire; i peli di questa zona sono anch'essi affetti da discromia vitiliginosa, come del resto anche i peli corti delle altre regioni prese.

5) Alla regione dell'anca di sinistra trovansi raggruppate quattro piccole chiazze rotonde ciascuna della grandezza di circa mezzo cm. di diametro (figg. 1 e 3).

6) Alla regione della scapola di sinistra altra chiazza del diametro di 6 cm. di lunghezza e 4 1/2 di larghezza (Ibidem).

7) Alla regione della scapola di destra chiazza del diametro di 5 cm. di lunghezza per 4 di larghezza (Ib.).

Da quanto sopra ho narrato, questa sembrami una forma tipica di vitiligo emotivo; infatti in seguito alla violenta emozione provata si notò la comparsa rapida delle chiazze vitiliginose appena dopo 10 giorni dell'accidente tragico.

La ragazza è sana e di valida costituzione scheletrica con discreto pannicolo adiposo, non ha avuto mai a soffrire di malattie di notevole entità tranne di una malattia esantematica (morbillo?) all'età di 4 anni. Nulla a carico dei vari organi ed apparati. Mestruata a 12 anni e mezzo. Saggiati i riflessi, pupillari, patellari, ecc., tutti rispondono normalmente, così pure la sensibilità generale è normale.

FIG. 2.

FIG. 3.

L'esame delle urine non ha lasciato rilevare nulla di patologico. La siero-reazione di Wassermann e di Heckt nonchè la sierodiagnosi di Sachs-Georgi hanno dato, tutti, esito negativo.

Sia il padre uomo di 52 anni che la madre di 43 sono sani e robusti e dichiarano di non aver mai avuto a soffrire di malattie veneree, nè in entrambi esistono segni di una pregressa infezione luetica. Anche la sieroreazione di Wassermann praticata sul loro siero di sangue ha dato esito completamente negativo. Altri due fratelli maggiori ed una sorella minore di lei sono in ottime condizioni fisiche.

Questo caso ritengo possa in parte raffrontarsi a quello dal Quejrat presentato nel 1922 alla Società Francese di Dermatologia e Sifilografia, con la differenza che in quello, come dice lo stesso A., non fu tanto lo spavento, quanto il fragore di uno scoppio di granata con il susseguente spostamento d'aria che determinarono in una giovanetta di 13 anni la comparsa di chiazze di vitiligo dopo circa 15 giorni. Il Quejrat stesso, infatti, dice che la scossa nervosa fu determinata da *fricht shock* (choc da fragore) preferendo egli questa denominazione a quella degli Inglesi di *shell shock* (choc da granata).

Anche in questo caso, come in quello del Quejrat, è da notare la disposizione simmetrica delle varie chiazze con leggera accentuazione alla parte sinistra del corpo (chiazze alle anche, sopra il ginocchio, maggiori dimensioni delle chiazze alla regione della gamba e a quella della scapola di questo lato) [vedi tavola clinica schematica].

Anche Darier ha riferito su la *Pratique Dermatologique*, di un facchino al quale un giorno essendo caduto sulla nuca un sacco di farina ne provò oltre che dolore anche forte spavento tanto da rimanere privo di coscienza per diversi giorni ed in seguito a ciò dopo 8-10 giorni gli comparvero al collo, al dorso ed al petto delle chiazze di vitiligo; così pure il Leloir cita il caso di un muratore che avendo avuto per disgrazia sulla testa un secchio di acqua perse la coscienza per un quarto d'ora, indi ebbe disturbi nervosi vari che durarono parecchio tempo ed anche in questi dopo 3-4 settimane apparvero delle chiazze di vitiligo al tronco e agli arti nonchè una larga chiazza alla testa accompagnata da canizie.

Comparando il mio caso a questi, debbo fare le stesse deduzioni che già ha tratto il Quejrat paragonando ad essi il proprio.

In questi due casi infatti oltre al *fattore spavento* vi è stato, quale causa determinante del vitiligo, anche il *fattore trauma*, mentre nel mio come anche in quello del Quejrat l'accidente fu dovuto solamente alla violenta emozione provata, cioè al *solo choc morale*.

BIBLIOGRAFIA.

L. QUEIRAT. Riunione della Società francese di derm. e sif., 9 febb. 1922.

DARIER. *Pratique dermatologique*, t. 40, p. 849.

LELOIR. *Récherches Cliniques et anatomo-pathologiques sur les affections cutanées d'origine nerveuse.* Thèse Paris 1882, p. 38.

NOTE E CONTRIBUTI.

Breve relazione sull'epidemia scarlattinosa occorsa a Marano-Equo nell'agosto-dicembre 1924.

Dott. LUPO PICHEZZI.

A più di 10 anni di distanza dall'ultima epidemia di scarlattina che aveva colpito quasi tutti i bambini da 1 a 10 anni, una nuova grande epidemia si è svolta nel comune di Marano-Equo dall'agosto al dicembre 1924.

I primi casi si annunciarono gravi e fin dall'inizio si previde facile il diffondersi della malattia per il manifestarsi di altri casi tra gli individui giovani venuti a contatto con gli ammalati.

Avendo conoscenza dei vari tentativi di profilassi immunitaria col vaccino preparato con i germi di Di Cristina, Caronia e Sindoni, volli adottare il metodo, chiedendo alla Clinica Pediatrica di Roma il vaccino, che mi venne prontamente fornito.

I bambini residenti nel comune al momento dell'epidemia e suscettibili di contrarre il contagio, dato l'agglomeramento della popolazione, erano circa 250, tutti da 1 a 10 anni.

Di essi avevo la sicurezza matematica che nessuno aveva precedentemente sofferto di scarlattina, perchè nessun caso si era più verificato in paese dopo l'ultima epidemia, e perchè quasi nessuno dei bambini aveva trascorso un lungo periodo di tempo fuori del paese.

Dal 15 al 20 agosto furono sottoposti alla vaccinazione profilattica 150 bambini, praticando 3 iniezioni intramuscolari di vaccino a giorni alterni. Gli altri 100 bambini non vennero vaccinati, perchè ho voluto procurarmi più sicuri criteri di giudizio sull'azione del vaccino lasciando in molte famiglie numerose tra i bambini vaccinati alcuni non vaccinati.

La vaccinazione per se stessa non dette mai disturbi notevoli, eccetto una lieve infiltrazione locale. Solo in 12 casi notai dopo la 3ª iniezione lieve rialzo termico durato poche ore e lieve malessere. Ebbi però a lamentare alcuni inconvenienti per negligenza tecnica da parte di chi praticò un certo numero d'iniezioni. Trattavasi di persona non sufficientemente esperta, del cui aiuto purtroppo dovevo avvalermi per circostanze locali, e che per la deficiente asepsi provocò in 33 bambini profondi e vasti ascessi nelle regioni iniettate.

Nessuno dei bambini iniettati da me personalmente presentò ascessi.

Nei 150 bambini vaccinati si ebbero manifestazioni scarlattinose d'intensità diversa a distanza variabile dall'avvenuta vaccinazione in 34 bambini che distinguo in 3 gruppi.

Il primo gruppo risulta di 5 bambini che vennero colpiti ad un mese di distanza dall'ultima iniezione di vaccino.

Si ebbero in essi manifestazioni molto lievi, consistenti in febbre molto lieve (37°.5-38°) durata 3 giorni, lieve arrossamento e tumefazione delle tonsille, ed esantema anch'esso di breve durata, seguito da desquamazione. Tutti e 5 i bambini tra il 4° ed il 6° giorno di apiressia ritornarono alla vita abituale, senza alcuna complicanza o successione morbosa.

Il 2° gruppo di 9 bambini ebbe scarlattina dopo 2 mesi dall'ultima iniezione di vaccino, in forma meno lieve, e in 5 di essi si ebbe qualche complicanza (in 2 lievi manifestazioni a carico dell'apparecchio respiratorio, in uno versamento peritoneale); ma tutti pervennero a guarigione.

Il 3° gruppo di 20 bambini ammalarono dopo 3 mesi dalla vaccinazione. Presentarono un quadro più grave, quasi identico a quello dei bambini non vaccinati; uno, appartenente a famiglia tarata per tubercolosi, pervenne a morte, dopo aver presentato angina necrotica, versamenti articolari, ascesso profondo ed esteso della coscia destra.

Negli altri 19, che pervennero tutti a guarigione, si ebbe come complicanza: in un caso pleurite, in 4 casi nefrite, in uno otite.

Debbo far rilevare come tutti i bambini del 2° e 3° gruppo (24 su 29) avevano, in seguito ad iniezioni suppurate come sopra ho detto, ascessi vasti e profondi.

I 100 bambini non vaccinati ammalarono tutti e per lo più in forma assai grave. Di essi ne morirono 11: 4 con gravi manifestazioni anginose, 3 per scarlattina fulminante (esito letale in meno di 48 ore), 1 con sintomi meningei, 1 per empiema, 2 per nefrite. Si ebbero inoltre complicanze renali e suppurative in un grande numero di casi.

Parmi poter dedurre da queste osservazioni che il vaccino ottenuto dai microrganismi della scarlattina provoca immunità più o meno duratura. L'immunità si è dimostrata persistente e sicura nel 1° e anche nel 2° mese dalla vaccinazione; è scomparsa in parecchi individui dopo il 3° mese, mentre è persistita nel maggior numero dei casi dei vaccinati anche al di là di questo termine.

In questa diversa durata dello stato immunitario debbono entrare certamente in giuoco fattori costituzionali e non è escluso anche che una certa influenza abbiano esercitato nell'abbassare i poteri immunitari e nel menomare l'azione del vaccino i processi suppurativi accidentalmente

verificatisi, perchè ben 24 sui 29 dei bambini vaccinati che presentarono la malattia dopo il 2° e 3° mese dalla vaccinazione avevano avuto ascessi vasti e profondi e di lunga durata.

Si potrebbe obiettare che in realtà di una sicura efficacia del vaccino non può parlarsi data la percentuale elevata dei bambini infettatisi (29 su 150, escludendo le 5 forme fruste del primo gruppo).

Prese le cifre in sè, l'obiezione potrebbe aver valore, ma considerandole comparativamente a quanto si è verificato nei non vaccinati della stessa epidemia l'obiezione non regge. Trattasi infatti di epidemia molto grave, che decorre tra individui quasi tutti recettivi, per cui mentre constatiamo il 100 per 100 dei casi tra i non vaccinati, abbiamo appena 29 casi su 150 vaccinati, e questi stessi casi decorrenti in forma più lieve e con mortalità minima (un caso di morte su 150 vaccinati, di fronte a 11 su 100 non vaccinati!).

L'effetto del vaccino inoltre prende ancora più risalto se confrontiamo la epidemia presente con l'epidemia svoltasi più di 10 anni prima. Furono anche allora colpiti quasi tutti i bambini da 1 a 10 anni (circa 200) e si ebbe una mortalità elevatissima (30 su 200), oltre ad una elevata percentuale di complicanze.

Concludendo, noi in base alla nostra osservazione diretta, riteniamo che il vaccino preparato con i germi della scarlattina isolati da Di Cristina, Caronia e Sindoni, costituisce un'arma di indubbia efficacia nella profilassi della scarlattina, e che, opportunamente e razionalmente impiegata, potrà in pratica rendere grandi servizi nella lotta contro la grave infezione.

Comune di Marano Equo (Roma).

Vaccinazione antiscarlattinosa col vaccino del prof. Caronia in un'epidemia di scarlattina nel comune di Albona d'Istria.

Dott. TOMMASO LAZZARINI, medico condotto.

Nell'ottobre 1924 un'epidemia scarlattinosa si manifestava improvvisa nella frazione comunale di Casali Sumberesi fra i bambini della popolazione rurale. Il genio epidemico era grave ed accompagnato da tutte le solite disastrose complicazioni. I casi pullulavano e a poco a poco anche nel centro di Albona d'Istria e nelle altre frazioni comunali, ora qua ora là, la terribile malattia gettava nell'angoscia e nel dolore le famiglie.

Mi rivolsi subito alla Clinica Pediatrica di Roma, e con cortese sollecitudine il prof. Caronia mi forniva vaccino antiscarlattinoso, e la gentile dottoressa M. B. Sindoni comunicazioni esplicative sull'uso.

Vaccinai complessivamente settanta ragazzi. Venti di questi non erano stati in contatto diretto con scarlattinosi ma erano in grande parte parenti di medici e farmacisti, esposti per necessità professionali a contatto con gli infetti. Vaccinai anche alcuni bambini di persone di elevata situazione sociale, perchè questo servisse di esempio e sprone. Gli altri cinquanta vaccinati furono tutti bambini, fratelli e sorelle di scarlattinosi, tutti di famiglie di agricoltori, operai e minatori di Casali Sumberesi, Casali Santalesi, S. Domenica, Carpano, Vines e Albona città. Nessuno di questi cinquanta bambini si ammalò di scarlattina sebbene la grandissima parte per dolorosa necessità economica e di ambiente, dormisse nel letto stesso degli ammalati e gli altri, per lo meno, fossero assistiti, allattati, spesse volte, dalle mamme che dovevano curare i fratellini infermi.

Questi cinquanta vaccinati per età erano così distinti:

al disotto di anni 1	N. 1
da 1 anno a » 2	» 5
» 2 anni » » 4	» 4
» 4 » » » 6	» 8
» 6 » » » 8	» 5
» 8 » » » 10	» 4
» 10 » » » 12	» 11
» 12 » » » 14	» 4
» 14 » » » 16	» 7
al disopra di » 16	» 1

Notando che nessuno dei vaccinati ebbe mai scarlattina perchè dal 1906 non c'era stata scarlattina nel comune di Albona d'Istria e tutti i vaccinati sono inferiori ai 18 anni (tolta una signora forestiera ventottenne) ripeto, che nessuno di questi cinquanta vaccinati ebbe ad ammalarsi di scarlattina.

Uno, Zustovich Tullio, di mesi 23, figlio di Giuseppe, falegname, abitante in Albona, vaccinato i giorni 10, 12 e 14 ottobre, dopo la 2ª iniezione ebbe vomito e diarrea, malgrado ciò lo vaccinai per la 3ª volta e dopo la 3ª iniezione non ebbe disturbo alcuno; ma dopo dieci giorni, mostrò i sintomi di una leggera nefrite. Probabilmente già dal giorno della prima vaccinazione aveva la malattia in incubazione. La malattia, in ogni caso, ebbe forma abortiva.

Un altro, Parenzan Riccardo, di anni 5, figlio di un fabbro del pozzo carbonifero di Vines, vaccinato i giorni 11, 12 e 14 gennaio, dopo la 3ª iniezione ebbe un'eruzione cutanea senza febbre o altro disturbo, tolto un leggero prurito.

Dimostrativo e tale, da tagliare la testa al toro a ogni obbiezione sul valore della vaccinazione

antiscarlattinosa, è quanto ho potuto vedere nella famiglia Chiressi, al n. 102 di Villa Giurassini di S. Domenica di Albona.

Qui sono chiamato il mattino del 6 dicembre 1924 e trovo una povera giovinetta di 12 anni moribonda. Il fratello Antonio, di 18 anni, è minatore e lavora al pozzo carbonifero, non posso quindi vaccinarlo. Una sorella, vigorosa contadinella di 16 anni, Maria, per pudore scappa; un altro fratello, Giacomo, di anni 14, si ribella ed è impossibile vaccinare nemmeno lui. Invece i fratelli più piccoli, Emilio, di anni 8, ed Albina, di anni 10, si lasciano vaccinare. Ebbene, questi due rimangono sani, Giacomo ed Antonio si ammalano di forme gravissime e rimangono in vita per miracolo e la povera Maria muore dopo pochi giorni di malattia.

Dunque? dunque: i più grandi, i più forti, i più vigorosi, i più refrattari non vaccinati, si ammalano e muoiono; i più piccoli, i più deboli e più suscettibili alla scarlattina vaccinati, rimangono sani.

Io scrivo per i colleghi quello che ho provato, visto e vissuto. Il mio giudizio di semplice medico condotto è:

1) La vaccinazione profilattica col vaccino antiscarlattinoso del prof. Caronia è mezzo di profilassi certo contro la scarlattina, malattia disastrosa, che non ha terapia specifica, nè aveva finora valido vaccino profilattico. Di cinquanta vaccinati nelle peggiori condizioni d'ambiente, di igiene e di promiscuità, nessuno si è ammalato di scarlattina;

2) La vaccinazione antiscarlattinosa del prof. Caronia è senza pericolo alcuno;

3) La vaccinazione antiscarlattinosa del prof. Caronia ha lo svantaggio minimo, di fronte al valore massimo, di doversi ripetere tre volte, e ciò rappresenta una difficoltà non lieve per il medico rurale a disagiate condizioni di viabilità e con grandi distanze. Ma a me, che sapevo il valore della vaccinazione, leggera era la via e lieto l'animo, perchè sicuro, ne sapevo il risultato, nè mai mi sentii più fiero nella mia professione.

Questo doversi ripetere tre volte l'iniezione ha anche uno svantaggio che dirò tattico perchè alla prima vaccinazione il bambino si presta volentieri, alle altre si ribella e cerca di fuggire.

Anche i parenti, non intelligenti, o intelligenti, ma non colti, si lasciano influenzare dagli strilli dei bambini, e ciò rende più difficile l'opera del medico;

4) Se il vaccino antiscarlattinoso del prof. Caronia, fosse stato a mia disposizione subito, e in sufficiente quantità, e lo Stato avesse resa possibile la sua produzione e distribuzione in rapporto ai bisogni dell'epidemia, tanti poveri bambini non dormirebbero il sonno dell'innocenza nei cimiteri rurali, e tante desolate mamme non li piangerebbero nelle tristi sere.

Dal prof. Caronia io ho ottenuto più che il possibile; a lui ed ai suoi gentili collaboratori vadano colle mie grazie, dall'estremo confine orientale della Patria, la gratitudine dei genitori e il sorriso dei figli.

Albona d'Istria, gennaio 1925.

DALLA PRATICA PER LA PRATICA.

OSPEDALI RIUNITI DI S. GIMIGNANO.

Su di un nuovo metodo di trattamento di alcune forme di artrite purulenta del ginocchio.

Dott. RENATO MOSTI, libero docente e chirurgo.

Un caso di artrite purulenta del ginocchio trattato, con esito felice, dal prof. Solieri mediante l'artrotomia esterna, svuotamento del liquido purulento, toeletta della cavità, istillazione di una fiala di argento colloidale e sutura a strati della ferita chirurgica senza drenaggio, pubblicato in questo stesso giornale (anno XXXI, fasc. 45), mi induce a rendere noto un metodo ancor più semplice e facile, ed ugualmente efficace, da me adottato da diverso tempo in tre casi di gonartrite purulenta.

Il risultato addirittura brillante che con esso io ho potuto conseguire nei tre casi finora trattati, la sua tecnica veramente alla portata di tutti, tanto che può essere eseguito senza inconvenienti anche nella pratica di condotta, giustificano pienamente questa mia breve nota, che non ha alcuna pretesa di priorità, sebbene non mi consti che il metodo sia stato già da altri ideato ed attuato.

Espongo senz'altro in poche parole le storie cliniche dei miei casi.

CASO I. — R... C..., di a. 14, da S. Gimignano. Circa 20 giorni prima del suo ingresso in Ospedale sembra che il paz. abbia riportato, cadendo, un lieve trauma al ginocchio destro. Il giorno appresso fu costretto a mettersi a letto perchè il ginocchio si era fatto molto dolorabile e si era tumefatto in modo ben visibile. Ben presto insorse anche uno spiccato movimento febbrile e nel tempo stesso il dolore locale si rendeva sempre più intenso.

Trasportato in Ospedale, trovo all'esame obiettivo: condizioni generali discrete; temperatura 38.2; l'arto inferiore destro è in atteggiamento di leggera flessione della coscia sul bacino e della gamba sulla coscia; il ginocchio è tumefatto, un po' arrossato, dolentissimo ai più lievi movimenti attivi e passivi; abbondante versamento endoarticolare.

Con una puntura esplorativa estraggo dal cavo articolare del liquido fluido, puriforme.

Inizio subito il seguente trattamento: infiggo nell'articolazione, in corrispondenza del fornice laterale esterno, un sottilissimo trequarti e lascio defluire all'esterno tutto il liquido contenutovi; quindi con una siringa da 10 cmc. attraverso il trequarti inietto nell'articolazione altrettanta quantità di etere solforico; tolta rapidamente la siringa chiudo con un dito il trequarti e lascio permanere l'etere nella cavità articolare per qualche secondo. Frattanto l'articolazione appare notevolmente distesa, anche in corrispondenza del poplite e dà suono timpanico alla percussione. Il paz. prova all'inizio vivissimi dolori al ginocchio, che però si calmano quasi subito. Libero quindi l'apertura dal trequarti e con forte getto l'etere insieme a gas viene espulso all'esterno. Ripeto la stessa manovra una seconda volta ed infine immobilizzo l'arto in una doccia metallica.

Già la sera stessa la temperatura si era abbassata e notevolmente diminuiti i dolori articolari.

Al secondo giorno rinnovo il trattamento; noto che il versamento non si era affatto riprodotto.

In terza giornata, apiressia. L'articolazione è asciutta, indolente. Prolungo l'immobilizzazione per altri 10 giorni. Dopo soli 14 giorni di degenza l'infermo può lasciare l'Ospedale completamente guarito, con risultato anatomico e funzionale perfetto.

CASO II. — E... M..., maritata, di a. 43, da S. Gimignano. Narra che una diecina di giorni prima, mentre si recava al lavatoio con un carico di panni sulla testa, percorrendo un ripido sentiero scivolava e batteva a terra col ginocchio sinistro piuttosto violentemente. La paz. provò subito un dolore fortissimo all'articolazione che le impedì di proseguire il cammino. Trasportata alla propria abitazione, notò che in poche ore il ginocchio era quasi raddoppiato di volume e che anche il dolore si era fatto più intenso, nonostante le applicazioni fredde locali.

Il giorno dopo cominciò pure un lieve movimento febbrile che si fece via via sempre più accentuato, per cui, persistendo la tumefazione del ginocchio e non accennando il dolore a diminuire, la paz. si decise a venire in Ospedale.

Trovo la donna in stato di grande sofferenza per dolori violenti al ginocchio sinistro, con temperatura febbrile (38.6); negativo l'esame dei grandi apparati organici.

Il ginocchio sinistro leggermente flesso, appare notevolmente ingrossato ed arrossato, dolentissimo alla palpazione ed ai movimenti, coi segni di un abbondante versamento endoarticolare. Pratico una puntura esplorativa colla quale estraggo del liquido ematico-purulento.

Adotto senz'altro anche in questa paziente lo stesso trattamento eseguito nel I caso.

Dopo soli 4 lavaggi coll'etere ottengo apiressia, completa scomparsa del versamento e del dolore e *restitutio ad integrum* funzionale.

CASO III. — E... E..., di a. 56, vedova, da S. Gimignano. I precedenti anamnestici, in questa malata, fanno rilevare che essa è da qualche tempo sofferente di una piodermite alla gamba sinistra. Fu solo tre giorni prima che essa fu colta improvvisamente da febbre elevata e dolori al ginocchio sinistro.

Venuta alla mia osservazione trovo: temperatura alta (39.1), subdelirio, polso molto frequente ma valido, respiro un po' superficiale e dispnoico. Alla gamba sinistra, eczema impetiginoide assai esteso; ginocchio flesso, tumefatto, dolentissimo, con evidente versamento, che una puntura esplorativa fa riconoscere di natura purulenta.

Il giorno stesso dell'ingresso faccio un primo lavaggio con 20 cmc. di etere. Ripeto lo stesso trattamento tutti i giorni per la durata di una settimana. Segni di un ben deciso miglioramento non si manifestarono che dopo il terzo lavaggio. La febbre cadde per lisi, il ginocchio lentamente si detumefece, scomparve il dolore locale, il versamento più non si riprodusse. Quando il processo flogistico parve completamente spento, iniziai la rieducazione dell'articolazione con movimenti passivi e attivi; ciononostante residuò un certo grado di rigidità articolare con limitazione del movimento di flessione.

L'ottimo risultato da me conseguito nei tre casi suesposti mediante un trattamento semplicissimo, se da un lato non può essere ascritto ad una pura casualità, non deve d'altra parte autorizzarmi, perchè basato per ora su di una statistica troppo esigua, ad elevarlo alla dignità ed importanza di metodo di elezione, di infallibile efficacia, in tutti i casi di artrite purulenta del ginocchio. Bisogna, come sempre nella nostra scienza, distinguere da caso a caso. Di fronte a casi di artrite purulenta acuta ed acutissima, con fenomeni settici locali e generali imponenti, nei quali solo l'intervento chirurgico immediato può avere ragione dell'infezione, si devono porre quei casi a carattere più mite, a virulenza attenuata, a decorso subacuto, che ricorrono più frequentemente nella nostra pratica. È a quest'ultimo gruppo di casi che a me pare di dovere restringere l'indicazione del metodo proposto, sebbene la mia terza osservazione possa far pensare ad indicazioni anche più ampie.

Ma pur ristretto alle forme lievi, subacute di artrite purulenta, il trattamento che io consiglio non può non imporsi ugualmente all'attenzione dei chirurghi, inquantochè con esso il più delle volte può evitarsi l'intervento operativo che, chiunque abbia un po' di pratica in questa branca della chirurgia, sa quanto sia incerto nei suoi risultati immediati e remoti.

L'artrite purulenta del ginocchio, in particolar modo, è fra le tante lesioni settiche di spettanza chirurgica quella che più delle altre mette a dura prova la pazienza e le risorse del chirurgo. E la guerra passata ce n'ha forniti purtroppo infiniti esempi!

Infatti se l'artrotomia classica fosse sempre sufficiente a dominare la sepsi articolare, allora non vi sarebbe ragione di dolersene. Ma invece non è così. Molto spesso, anche tenendo le incisioni pararotulee molto ampie, essa si dimostra insufficiente: il ristagno è inevitabile.

Io credo che la ragione sia da ricercarsi nel fatto che nonostante le due incisioni laterali la cavità articolare è solo virtualmente aperta, in quanto il lungo lembo cutaneo-rotuleo, che in conseguenza delle incisioni stesse viene a formarsi, conservando ai due estremi la sua normale continuità col tendine del quadricipite e col tendine rotuleo, e rimanendo per ciò in tutta la estensione fortemente applicato contro la opposta superficie intra-articolare, impedisce il formarsi di una vera cavità reale in cui il drenaggio potrebbe veramente funzionare. Per cui chiunque avrà potuto constatare questo inconveniente, che fin dal giorno seguente all'artrotomia, in conseguenza delle aderenze già contratte dal lembo, la cavità articolare si è trasformata in tanti distinti canali quanti sono i drenaggi applicati: onde ritenzione che rende necessaria quasi ad ogni medicazione lo scollamento del lembo.

Fallendo così spesso al suo scopo l'artrotomia semplice, classica, si è cercato di apportarvi delle modificazioni o di sostituirla con altri procedimenti operativi. Ricorderò i principali.

Alle incisioni laterali si è associata l'apertura del cul di sacco sottoquadricipitale nel suo punto più elevato, oppure l'apertura del recesso retrocrociato della sinoviale mediante una o più incisioni condotte attraverso il poplite.

Jaboulay ha proposto invece di incidere soltanto ed ampiamente il cul di sacco sottoquadricipitale e di disporre poi l'arto in una posizione fortemente inclinata.

Fieux consiglia al contrario la marsupializzazione della sinoviale mediante una incisione crociata praticata in corrispondenza della parte più prominente della estroflessione superiore esterna del ginocchio.

Bougot e De La Rue hanno indicato per l'artrotomia del ginocchio la via transrotulea che oltre a scoprire bene la cavità articolare nella sua massima estensione, mediante l'emisezione della rotula in senso verticale, assicura anche il drenaggio e non è mutilante.

Alcuni chirurghi poi alle incisioni artrotomiche laterali preferiscono l'artrotomia a lembo cutaneo-rotuleo, con incisione ad U, associata, come io ebbi occasione di proporre, alla trazione permanente del lembo stesso onde evitare la sua retrazione verso l'alto.

Il Lerda a questo tipo di artrotomia associò la dislocazione o deviazione assiale temporanea dei capi articolari.

Ricorderò per ultimo il metodo del Willems che consiste nelle solite incisioni laterali senza drenaggio e nel sottoporre l'articolazione, fin dal primo giorno, a movimenti passivi ed attivi onde facilitare e assicurare lo scolo del pus.

Come si vede dunque, molteplici sono i procedimenti operativi proposti per il trattamento dell'artrite purulenta del ginocchio, segno è che nessuno di essi all'atto pratico ha soddisfatto pienamente. Per cui non sono infrequenti i casi nei quali all'artrotomia, con qualsiasi modalità eseguita, è duopo far seguire la resezione dei capi articolari, onde por argine alla sepsi locale e generale con una sicura fognatura, e quando anche questa si mostri ormai insufficiente, l'amputazione della coscia resta come ultima risorsa.

Se il procedimento da me ideato ed eseguito, che alla semplicità di tecnica accoppia una assoluta innocuità, servisse non dico a sostituire in tutti i casi l'intervento chirurgico ma solo a ridurre il numero delle artrotomie il cui esito, come abbiamo visto, costituisce bene spesso una grande incognita, io credo che il problema curativo dell'artrite purulenta potrebbe ritenersi veramente avviato verso una soluzione soddisfacente.

Nella peggiore delle ipotesi, anche a parità di risultati, esso dovrebbe sempre preferirsi, se non altro come primo tentativo, perchè in caso favorevole verrebbero evitate ai malati quelle lunghe degenze ospedaliere e quelle interminabili suppurazioni che seguono all'intervento operativo e che sono causa di tanta debilitazione fisica ed... economica, e sarebbero risparmiati quei gravi postumi operativi che dall'anchilosi possono giungere fino alla mutilazione.

È cosa ovvia intendere con quale meccanismo agisca il lavaggio coll'etere nell'artrite purulenta. È in virtù del suo grandissimo potere antisettico, reso ancor più energico dal fatto che esso viene a svolgersi in una cavità chiusa, potere antisettico che non si limita, come quello di quasi tutti i disinfettanti, alla superficie dei tessuti, ma che penetra anche nella profondità di questi, che il processo infettivo articolare viene debellato, quando non sia del tutto eccezionale la sua virulenza. Nessun altro antisettico, al pari dell'etere, sarebbe capace di raggiungere, per la sua proprietà penetrante e diffusiva, tutti i meandri, tutti i recessi dell'articolazione del ginocchio e portare ovunque il suo potere battericida.

È per questo che l'etere va acquistando sempre più terreno nella profilassi e nel trattamento della peritonite, perchè la pratica ha ormai potuto chiaramente dimostrare che alla innocuità per la sierosa esso accoppia un energico potere antisettico, permettendo così di raggiungere in una forma morbosa gravissima, qual'è la peritonite, dei risultati veramente soddisfacenti, quali non ci è dato di conseguire con nessun altro metodo. Io stesso ho da registrare in proposito qualche caso veramente sorprendente!

Il suo uso profilattico poi è, secondo me, fuori

di discussione. La mia esperienza, basata ormai su varie centinaia di laparotomie, mi fa asserire in modo categorico che, avendo cura di lavare abbondantemente il peritoneo con etere là dove la natura dell'intervento ha determinato o ci fa solamente sospettare l'inquinamento della sierosa, la peritonite viene *sicuramente* evitata.

A questa conclusione del resto io ero già arrivato, prima ancora che nella pratica clinica, in uno studio sperimentale che risale al 1915 e che fui uno dei primi a compiere sull'importante argomento.

La tecnica del lavaggio coll'etere nell'artrite purulenta del ginocchio è semplicissima e non può dar luogo ad alcun inconveniente, a patto però che vengano osservate alcune precauzioni indispensabili.

Ecco come io procedo.

Assicuratomi con una puntura esplorativa di avere che fare con un versamento purulento, e stabilito che la gravità ed acutezza della forma non richiedono un intervento chirurgico immediato e radicale, penetro con un trequarti sottilissimo o con un ago da puntura esplorativa non molto grosso nella cavità articolare in un punto in cui tra questa e la pelle esiste uno spessore più sottile di parti molli e cioè nel fornice laterale esterno a livello della parte media della rotula e subito al disotto del margine di questo.

Lascio defluire il pus, facilitando la sua uscita coll'aspirazione per mezzo di una grossa siringa e colla compressione moderata sui cul di sacco della sinoviale. Vuotata l'articolazione, vi inietto 10 cmc. di etere e ve lo trattengo per qualche secondo, tenendo chiuso l'ago o colla siringa stessa che ha servito per l'iniezione dell'etere o con un dito.

Lasciato quindi libero l'ago, faccio fuoriuscire l'etere insieme al gas che da esso si è sprigionato nella cavità articolare. Ripeto il lavaggio per due o tre volte di seguito, ogni giorno. Uno stretto bendaggio del ginocchio insieme alla immobilizzazione dell'arto completano il trattamento.

Una prima precauzione da osservare è di cercare di non lasciare dopo l'ultimo lavaggio che quantità piccole di etere nell'articolazione. L'altra molto più importante è di infiggere l'ago perpendicolarmente al piano cutaneo e non in direzione obliqua, in modo da stabilire tra foro cutaneo e foro della sinoviale un perfetto parallelismo. In questo modo è reso possibile al gas di etere che continua per un po' a svilupparsi nell'articolazione e che trascina seco inevitabilmente del materiale settico, di uscire liberamente all'esterno. Altrimenti, se quel parallelismo mancasse, avverrebbe che il gas ed i liquidi da esso trascinati infiltrerebbero più facilmente le parti molli sottocutanee, dando luogo a fatti flemmonosi periarticolari che complicano gravemente il quadro morboso e che esigono un trattamento operativo.

Così accadde a me in un caso in cui, essendo appunto sopravvenuta tale complicazione, dovetti interrompere il trattamento coll'etere ed intervenire con larghi sbrigliamenti e insieme coll'artrotomia.

Dicembre 1924.

SUNTI E RASSEGNE.

FISIOPATOLOGIA.

La tensione carbonica alveolare nel sangue nella pratica medica.

(W. ARNOLDI. *Deutsche Med. Woch.*, n. 41, 1924).

Il metodo di Fridericia è basato sullo stesso principio del metodo di Haldane, il quale misura direttamente il contenuto in acido carbonico dell'aria alveolare aperta. Il sangue più ricco in acido carbonico scorre dal cuore destro al polmone, dove ha luogo un rapido scambio di gas fino a che si stabilisce uno stato di equilibrio fra sangue ed aria. Il contenuto in acido carbonico libero del sangue che attraverso le vene polmonari ritorna al cuore sinistro sta dunque in equilibrio col contenuto in acido carbonico dell'aria alveolare; perciò esaminando secondo il metodo di Haldane il contenuto in acido carbonico dell'aria alveolare si ottengono dei dati che corrispondono al contenuto in acido carbonico del sangue delle vene polmonari, dunque del sangue arterioso. L'autore determina il contenuto in acido carbonico dell'ultima porzione dell'aria espirata, porzione che corrisponde per la sua composizione all'aria alveolare.

L'apparecchio che serve alla determinazione è semplice, composto di un tubo ad U fornito di robinetti a diverse vie e graduato in una sua porzione. L'acido carbonico viene fatto assorbire da una soluzione di potassa caustica, viene quindi determinata la diminuzione di volume subita dall'aria complessiva. La determinazione della tensione carbonica del sangue arterioso ottenuta con tale metodo ha notevole importanza clinica. Nell'organismo esiste uno strato di equilibrio labile fra le valenze acide e le valenze basiche; la determinazione della tensione carbonica nel sangue arterioso svela ogni alterazione in questo stato di equilibrio. Se penetrano nel sangue delle valenze acide, la reazione attuale del sangue rimane quasi invariata, vengono però legate in parte le sostanze alcaline che perciò non possono

più legare l'acido carbonico. L'acido carbonico che per tale ragione rimane allo stato libero viene rapidamente eliminato attraverso i polmoni per cui diminuisce la tensione carbonica del sangue, la tensione aumenta invece se penetrano nel sangue delle valenze alcaline. Perciò la tensione è bassa negli stati di acidosi, alta negli stati di alcalosi. L'equilibrio fra acidi e basi viene anche regolato dal centro respiratorio. Se l'eccitabilità di tale centro aumenta basta una lieve concentrazione di joni acidi per aumentare la ventilazione polmonare quindi l'eliminazione carbonica; la tensione carbonica quindi diminuisce. Al contrario la tensione aumenta negli stati di diminuita eccitabilità del centro respiratorio. Molto più lentamente è in grado di regolare l'equilibrio fra acidi e basi il rene: esso regola l'equilibrio eliminando dei fosfati primarii e secondarii. L'organismo regola anche con altri meccanismi l'equilibrio fra acidi e basi: con la maggiore o minore formazione di ammoniaca nel fegato dall'urea, con l'eliminazione gastrica di acido cloridrico e con l'eliminazione intestinale di sostanze alcaline. Diversi stati determinano una diminuzione della tensione dell'acido carbonico; si osserva una tale diminuzione in seguito all'espirazione forzata nell'estate, in seguito all'irradiazione solare in montagna, nell'inanizione, nella gravidanza, durante la mestruazione, in seguito a vomito con acido, in seguito a pasti ricchi in carne e poveri in idrati di carbonio, in seguito ad astinenza idrocarbonata, in seguito a deficienza di ossigeno, in seguito a paratiroidectomia, durante la nefrite scompensata, durante la dispnea cardiaca, durante l'osteomalacia, la febbre, l'acetonuria, il carcinoma, il coma diabetico. Si osserva invece un aumento della tensione carbonica nell'inverno durante il sonno, durante alcuni stati di paura e di dispnea, dopo secrezione gastrica cloridrica e vomito acido, durante la stenosi pilorica, durante la digestione cloridrica, in seguito all'alimentazione vegetariana, in seguito alla respirazione di acido carbonico, durante la dispnea polmonare, l'enfisema, l'edema da stasi, la pleurite estesa, la bronchite.

POLLITZER.

SEMEIOTICA.

La localizzazione del fenomeno di Argyll-Robertson (specialmente in base al comportamento della reazione pupillare vestibolare).

(E. A. SPIEGEL. *Wiener klinische Woch.*, n. 8, 1925).

Nè l'esperienza clinica nè i reperti anatomo-istologici riescono a spiegare sufficientemente la localizzazione dell'alterazione che dà luogo al fenomeno di Argyll-Robertson. Più utile riesce lo studio del comportamento di quegli stimoli che arrivano al nucleo dello sfintere pupillare dal labirinto anzichè dalla retina. In condizioni normali la stimolazione vestibolare provocata con la rotazione del corpo determina una miosi seguita da midriasi. Negli individui che presentano il fenomeno di Argyll-Robertson, talvolta le pupille reagiscono a questo stimolo vestibolare mentre non reagiscono allo stimolo ottico, altre volte esse non reagiscono nè a quello vestibolare nè a quello ottico, e altre volte ancora reagiscono all'uno e all'altro stimolo da un lato solo e non reagiscono a nessuno dei due stimoli dall'altro lato. I casi in cui le pupille reagiscono allo stimolo vestibolare e non a quello ottico si spiegano facilmente perchè anche in condizioni normali lo stimolo vestibolare eccita la pupilla in modo più intenso che non quello ottico. Il comportamento dello stimolo vestibolare e di quello ottico negli altri casi dimostra come non si possano reggere quelle teorie che cercano di localizzare la lesione che dà luogo al fenomeno di Argyll-Robertson nel segmento afferente nè in quello efferente del riflesso pupillare. La teoria che finora poteva spiegare tutte le manifestazioni che accompagnano il fenomeno di Argyll-Robertson ammetteva una lesione della sostanza grigia ventricolare nella vicinanza del nucleo dello sfintere; è però difficile ammettere una lesione della sostanza grigia ventricolare così estesa da interessare anche le fibre che portano gli stimoli al nucleo dello sfintere dalla parte ventrale (stimoli provenienti dal fascicolo longitudinale posteriore e stimoli inibitori nella reazione dolorifica).

La lesione che forma il substrato del fenomeno di Argyll-Robertson, non si può dunque localizzare nè nel segmento efferente del riflesso pupillare ottico nè nel segmento afferente, rispettivamente nel neurone interposto tra il tratto ottico e il nucleo dello sfintere; si potrebbe invece ammettere una lesione della sinapsi tra le due parti dell'arto riflesso. Quelle proprietà caratteristiche della conduzione per archi riflessi a differenza di quella per tronchi nervosi si spiegano col fatto che nel primo caso lo stimolo nel suo passaggio dall'uno all'altro neurone deve passare attraverso la superficie limitante di due mezzi semiliquidi: questa superficie separante è chiamata sinapsi. Un blocco della sinapsi spiegherebbe bene la cessazione degli impulsi provenienti oltre che dall'ottico, dal labirinto, e spiegherebbe anche la possibilità dell'unilateralità di questa cessazione. In tal caso dovrebbero cessare anche gli impulsi provenienti dalla corteccia o dal corpo subtalamico, impulsi che normalmente inibiscono il tono dello sfintere. Il blocco della sinapsi spie-

ga anche la mancata dilatazione della pupilla in seguito a stimoli dolorifici in casi di Argyll-Robertson. Naturalmente la separazione del nucleo dello sfintere dagli stimoli riflessi e dai psicoriflessi che normalmente ad esso affluiscono deve determinare la cessazione della agitazione normale della pupilla. In questi casi difatti la pupilla è quasi immobile. La supposizione di una lesione della sinapsi tra le cellule del nucleo dello sfintere ed i neuroni afferenti è in grado di spiegare tutti i sintomi che accompagnano il fenomeno di Argyll-Robertson. POLLITZER.

MEDICINA.

Le distrofie della pubertà.

(P. LEREBOULLET e BOULANGER-PILET. *Paris médical*, 1 novembre 1924).

I disturbi della crescenza, dalla nascita fino al completo sviluppo, sono frequenti e le distrofie che per tal modo si realizzano, provengono da cause molteplici, hanno aspetti clinici varii ed esigono terapeutiche differenti secondo i casi. Esse sono state ampiamente studiate per i primi anni della vita, mettendo in luce il fattore derivante dalle malattie infettive, dai disturbi digestivi, dalle malattie endocrine, mentre risultano meno chiare e tuttora indecise quelle distrofie che si manifestano verso gli ultimi periodi della crescenza. La pubertà, o meglio, il periodo puberale, costituisce così l'occasione di disturbi distrofici che meritano tutta l'attenzione.

Quando si esamina un certo numero di ragazzi al periodo puberale, si vedono emergere fra loro due tipi principali, quelli troppo grandi e quelli troppo grossi, i primi, di solito fra i maschi, i secondi tra le femmine. I tipi, del resto, possono combinarsi fra loro; ma ciononostante, in complesso le distrofie del periodo puberale possono dividersi in quelle a predominanza ossea o staturali ed in quelle a predominanza adiposa o ponderali.

Nella grande maggioranza dei casi, le distrofie a predominanza ossea si esplicano con un'ipercrescenza la quale non è che l'esagerazione di un processo fisiologico normale, la spinta di crescenza. Come quest'ultima, può essere semplicemente transitorio, più raramente, invece, è l'inizio di un disturbo che continua a svolgersi nell'età adulta.

La distrofia degli adolescenti, da tenersi ben distinta dall'acromegalia e dal gigantismo, è caratterizzata dall'ipertrofia staturale; i ragazzi, di solito, da 14 a 17 anni, raggiungono od oltrepassano m. 1.75-1.80, in un breve periodo di pochi mesi o settimane. L'ipertrofia è talvolta regolare, ma il più spesso è disarmonica per un eccessivo allungamento degli arti inferiori; l'individuo è tutto gambe, secondo l'espressione popolare. Si osservano spesso deformazioni delle estremità; mani e piedi appaiono molto sviluppati specialmente in lunghezza. Invece il torace rimane stretto, la testa sembra troppo piccola, il peso è insufficiente, la magrezza frequente e, nell'insieme, si ha un'impressione di fragilità. La circolazione è difettosa, le mani sono violacee, fredde, traspirano facilmente, i piedi umidi, soggetti ai geloni. Vi sono disturbi cardiaci, consistenti specialmente in palpitazioni e lieve angoscia precordiale, la tensione arteriosa è bassa. Si hanno inoltre disturbi respiratorii con dispnea facile, piccola tosse abituale, associati a ptosi epatica renale gastrica. Frequenti i disturbi digestivi, l'albuminuria ortostatica. Il carattere si modifica, il lavoro intellettuale diventa talvolta impossibile, i soggetti si lagnano di frequenti cefalee. L'evoluzione puberale delle funzioni genitali sembra ritardata; nelle ragazze, le mestruazioni sono assenti od irregolari. In molti casi, poi, dal complesso dell'esame si ha l'impressione di uno stadio pretubercolare che viene escluso dal decorso e dall'esame completo clinico e radiologico.

Caratteristico di queste distrofie è il fatto che esse sono passeggiere; salvo la statura, tutto il resto, dopo un certo riposo fisico ed intellettuale ed un'alimentazione regolata, rientra nell'ordine, mentre lo sviluppo genitale si compie. Qualche volta però, questi individui rimangono a lungo delicati e fragili.

Le distrofie a predominanza adiposa, vere obesità della pubertà, si osservano, di preferenza nella ragazza, da 15 a 18 anni. In certi casi, si tratta di obesità prepuberali, transitorie, che si attenuano alla comparsa delle regole e poi svaniscono; altre volte, il sovraccarico adiposo è più stabile e costituisce l'inizio dell'obesità progressiva che troverà il suo pieno sviluppo all'età adulta. In un'altra varietà, che è la più importante, con l'obesità coesistono un perturbamento generale della nutrizione e dei disturbi nella sfera genitale, realizzando così la sindrome adiposo-genitale.

L'adiposità compare progressivamente o rapidamente; talvolta generalizzata, tal'altra localizzata all'addome, alle anche, alle natiche. Quando si tratta di un maschio, ciò che è raro, esso assume l'aspetto eunucoide. L'obesità può interessare tutto il corpo, invadere la faccia, il collo; spesso ha una predilezione per la faccia, il torace, l'addome e la radice degli arti, lasciando immuni le estremità che appaiono sottili, esili, in contrasto con l'obesità tronculare.

Sono costanti i disturbi genitali, mestruazioni tardive, scarse, irregolari, qualche volta soppresse.

Evidentemente questi due tipi sono un poco schematizzati, ma indubbiamente esistono, sia pure con numerose forme di passaggio.

Per spiegare la comparsa di queste distrofie, si sono invocate anzitutto le ghiandole endocrine. L'origine ipofisaria potrebbe sembrare accettabile, in quanto che l'ipertrofia staturale è assai vicina all'acromegalo-gigantismo, specialmente per quanto riguarda i disturbi ossei; mentre la medicazione ipofisaria esercita spesso una influenza benefica. La mancanza di lesioni dell'ipofisi e di altri sintomi dell'acromegalia fa però escludere tale ipotesi. Più verisimile appare invece l'origine genitale, che potrebbe spiegare la crescenza disarmonica e la macroscelia. L'insufficienza genitale, però, non porta certamente tutta la chiave del problema, pur essendo l'unico elemento endocrino che vi possa contribuire.

Per quanto riguarda le obesità puberali, si può anzitutto escludere l'influenza dell'epifisi e dei surreni, e così pure, presumibilmente, la tiroide e l'ipofisi. Il solo fattore endocrino che si può ammettere è quello delle ghiandole genitali, tenuto conto dei disturbi in questa sfera che si osservano in concomitanza con l'obesità puberale. Anche questo fattore, però, non può considerarsi come l'elemento primitivo che comanda la comparsa della distrofia.

Di grande importanza appare invece l'influenza del sistema nervoso, non tanto di quello simpatico tuttora difficile da precisare, quanto di quello centrale. Gli AA., di fatto, citano a sostegno di questa tesi parecchie osservazioni nelle quali fu possibile riscontrare delle alterazioni del sistema nervoso centrale, specialmente nel senso di eredosifilide, talora con Wassermann positiva nel liquido cefalorachidiano ed influenza benefica della cura antiluetica.

Le osservazioni in proposito sono ancora frammentarie, ma tendono, in complesso, a dimostrare che nelle distrofie della pubertà un esame attento può rivelare dei disturbi encefalitici più o meno accentuati che possono intervenire direttamente o per mezzo delle ghiandole genitali. La sifilide può essere alla base delle manifestazioni nervose ed è largamente influenzabile dal trattamento specifico. FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Sulla istologia e sulla clinica delle aderenze intraperitoneali post-operatorie.

(L. SCHÖNBAUER e H. SCHNITZLER. *Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. 129, f. 4, pag. 758, 1924).

Il pericolo di aderenze post-operatorie intraperitoneali esiste in ogni intervento eseguito entro la cavità peritoneale; tuttavia l'esperienza e le statistiche insegnano come questa evenienza sia sopratutto temibile negli interventi per affezioni infiammatorie.

Già Naegeli nel 1922 riferendo su tale argomento riscontrò mediante il pneumoperitoneo che in 42 laparatomie per cause diverse, esistevano aderenze nell'80 % dei casi. Flesch-Thebesius nello stesso anno raccolse i casi operati per occlusione nella Clinica di Rehn e potè concludere come di 368 casi, ben 113 erano individui già sottoposti ad altre operazioni. Nella Clinica di v. Eiselsberg la cifra degli operati per ileo e in cui aveva già preceduto un altro intervento, ascende al 63 % dei casi nella metà dei quali si era trattato di affezioni infiammatorie. Payr dopo 3000 laparotomie riscontrò clinicamente nel 12-15 % dei casi, dei disturbi riferibili ad aderenze: nel 3.5 % erano tali da richiedere una nuova laparotomia. Notevole a questo riguardo è la costatazione che negli interventi secondari a peritonite diffusa, per es. nella cura di un laparocele, spesso si trovò il peritoneo libero da aderenze, le quali invece si manifestano numerose in casi di peritonite circoscritta con essudato sierofibrinoso.

Payr ritiene che tale comportamento apparentemente contradditorio vada ricercato nel fatto che l'abbondante essudato leucocitario della peritonite diffusa provochi, con il disfacimento del pus, un fermento proteolitico, per mezzo del quale le giovani cellule connettivali cadrebbero in lisi. All'opposto le aderenze si formerebbero in presenza di una scarsa reazione leucotitaria. Questo meccanismo non è accettato dal Naegeli che ritiene ancora indecisa e controversa la patogenesi delle aderenze. Comunque è certo che tali formazioni sono legate all'attività del peritoneo, e si comprende come per le loro conseguenze talora mortali, ogni chirurgo si adoperi ad evitare, con una esatta emostasi un accurato e delicato procedere, ogni trauma, cercando di peritonealizzare ogni superficie sprovvista di sierosa. Ma questo riesce talora impossibile. Gersuny ha fatto notare come le aderenze si formino con predilezione in corrispondenza di tratti più o meno immobilizzati o immobili di intestino. Quasi tutti gli AA. (Marchand-Vogel) che si sono interessati dell'argomento hanno ammesso la necessità, ad eccezione di Graser che la negava, di una lesione meccanica dell'endotelio, indispensabile adunque per la produzione delle aderenze. Tra gli stimoli più importanti a tale riguardo sono da ricordarsi quelli termici: cauterizzazioni con il Paquelin o con soluzione fisiologica troppo calda o viceversa il raffreddamento prolungato delle anse; tra quelli chimici viene spesso incolpata della produzione di aderenze la tintura di iodio o lo stesso etere versato a scopo antisettico nella cavità peritoneale.

I mezzi a nostra disposizione per cercare di evitare le aderenze si possono suddividere in chimici, biologici e meccanici.

Vari Autori si sono serviti dei primi (solfato di magnesia al 5-20 %, olio di oliva, gomma arabica, gelatina, paraffina, irudina, fibrolisina), ma tutti quanti giunsero all'identica conclusione che non esiste una profilassi chimica. Fondandosi sulle sue precedenti operazioni, Payr arrivò a consigliare l'uso di pus sterilizzato o di una soluzione di pepsina e liquido di Pregl. Dei metodi meccanici che avrebbero dovuto impedire la formazione di aderenze, ma che non ebbero che sporadiche applicazioni pratiche, ricordiamo solo l'uso di grassi (Humanol).

Gersuny in un lavoro fondamentale del 1899, stabilì che un'intensa peristalsi intestinale contribuisca al rapido riassorbimento di versamenti sanguigni e purulenti delle cavità addominali e consiglia questo mezzo biologico come indicato allo scopo già enunciato e quindi anche per quello di evitare le aderenze.

Malgrado che su questo tema siano numerosi i lavori sulla parte clinica, scarsi e lacunari sono finora le conoscenze dell'istologia delle aderenze.

Payr ne distingue due forme principali: le plastiche-progressive, legate a processi infiammatori, riccamente vascolarizzate quasi edematose: e le permanenti dovute a disturbi di sviluppo o a influenze meccaniche, costituite da tessuto jalino povero di vasi.

L'A. ha potuto studiare 7 casi di aderenze in 3 delle quali si trattava di pregressi interventi per appendiciti perforate e peritoniti, eseguiti 2, 9, 15 anni prima. Mentre negli altri 4 casi il reperto fu, come era logico aspettarsi, connettivo più o meno riccamente vascolarizzato, nei tre sopra citati casi, nell'aderenza furono riscontrati dei fasci evidentissimi di t. muscolare liscio. A spiegare tale fenomeno esistono 3 ipotesi. Nella prima bisogna ricorrere ai reperti di Graser, il quale trovò sporadicamente nel peritoneo dei tratti con t. muscolare liscio; l'aderenza si sarebbe dovuta fermare in corrispondenza di tali punti. Invece tenendo presente che la formazione delle aderenze generalmente è legata alla perdita del rivestimento peritoneale, nulla si oppone all'ipotesi che la muscolare intestinale si sia attaccata direttamente al peritoneo parietale e che sia stata poi compresa nella formazione delle briglie cicatriziali. Rimarrebbe la terza ipotesi della metaplasia del connettivo, ma secondo l'A. la seconda delle ipotesi dovrebbe essere la più verosimile, per quanto egli stesso riconosca come non si possono nè debbano trarre delle conclusioni definitive da un così esiguo numero di casi.

E. M.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Congressi della Società Italiana di Medicina Interna. XXX Congresso (Milano 28-31 ottobre 1924). Un vol. in-4° di pagg. XXV-342. Roma, 1925. Casa Editrice Luigi Pozzi. L. 60.

Con solerzia ammirevole, che non ha precedenti e di cui va data ampia lode al prof. Sabatini — delegato alla pubblicazione dal Consiglio Direttivo della Società — vedono la luce questi Atti, che raccolgono il copiosissimo materiale portato al 30° Congresso.

Noi abbiamo già dato, a suo tempo, un resoconto fedele del Congresso; ma nel volume figurano per intero le ampie relazioni, vere monografie, di cui per necessità di spazio dovemmo limitarci a riportare le sole conclusioni; nonchè le moltissime comunicazioni, da noi rese in forma molto sommaria, a volte appena accennate, o che da noi furono completamente omesse in quanto che, pur essendone stati inviati i sunti alla segreteria, non furono svolte in seno al Congresso.

Il magnifico volume fotografa lo stato della medicina in Italia e i medici che vogliono mantenersi al corrente dei progressi che la medicina compie, non dovrebbero esimersi dal provvedersene.

Il volume è corredato di indici per ordine di svolgimento, per materie e per autori, così da agevolare tutte le ricerche.

R. B.

E. VENEZIAN. *Prontuario Terapeutico. (Vademecum per il pratico)*. Un volume di pagg. XX-322, rilegato. L. Pozzi, edit., Roma, 1925. Prezzo L. 25.

Una delle preoccupazioni dello studente e del medico, appena lanciato nelle difficoltà numerose dell'esercizio pratico, è la ricerca dei mezzi che rendano facile e spedita la pratica ed estemporanea prescrizione dei medicamenti, delle dosi precise, la scelta e la sicura indicazione. L'indirizzo universitario, pur coi suoi numerosi insegnamenti, preoccupato più che del dettaglio della sana e sicura visione dell'esercizio medico, non ha potuto riempire il bagaglio del pratico.

Per questa assillante preoccupazione è dato di vedere i nostri medici giovani corredare il loro armamentario di pronto soccorso dei svariati manuali stranieri di cui la letteratura degli altri paesi è ricchissima, chiamati prontuari, ricettari, ecc.

L'Italia medica pur troppo non scrive, e non mancherebbero davvero intelligenze acute e sintetiche e critiche per la produzione di ottimi manuali; e la mentalità dei giovani, asservita già

durante gli anni dello studentato all'insegnamento dei libri stranieri, anche nel modo di ricettare, nella scelta dei medicamenti è costretto a seguire la falsariga esotica, che logicamente loda e consiglia i prodotti del proprio paese: è una china pericolosa per la cultura, è la via dell'asservimento totale scientifico ed economico.

L'editore Pozzi forse nel *sufficit animus*, che ha adottato come motto della sua impresa, ha voluto tradurre la volontà ferma di riscattare la indipendenza di una letteratura medica che minaccia tutti i giorni di affievolirsi. Il numero « due » della collana « memoranda per il medico pratico » è un prontuario terapeutico affidato alle cure di uno dei medici volenterosi dei nostri ospedali di Roma il dott. Venezian. Io non sono entusiasta del tipo del libro « ricettario » ma riconosco che il volumetto del V. non è un ricettario e quel che più importa, esso risponde ad un bisogno: sia il benvenuto se basterà a dare al medico pratico italiano, un libro italiano, e un buon libro italiano, che proviene dalla pratica, ideato durante un periodo di sentite difficoltà e messo in opera in ambiente sereno per un apprezzamento dei mezzi terapeutici, e dedicato al pratico.

Breve, senza divagazioni: medicamenti, sieri e vaccini, preparati opoterapici, dietetoterapia, terapia fisica, tecnica terapeutica, ricettario ed indice per rendere il manuale di facile uso nella pratica: un prontuario cioè moderno che risponde alle richieste di una terapia moderna, non rinchiusa nelle aride formule delle ricette, ma che segue le indicazioni delle terapie più moderne dalla opoterapia alla vaccino- e sieroterapia, alla terapia fisica, alla spedalizzazione dei malati di tubercolosi. Voi vedete il medico pratico italiano, infarcito ancora dei ricordi delle acque di Karlsbad, di Wichy, propinate a proposito e a sproposito, esercitare nel paese più ricco di acque curative, impacciato nell'ordinazione: egli non ha il concetto e la nozione delle ubicazioni e delle prescrizioni; bene ha fatto l'A., in un prontuario, a dare precise nozioni sulle proprietà e relative prescrizioni delle acque; voi vedete i nostri medici ricordare il nome di sanatori svizzeri e *ignorare* che esistono parecchi e buoni ricoveri sanatorali per tubercolosi in Italia, che danno al malato di tubercolosi incomparabili vantaggi sulle complicate e polimorfe ricette.

Una parte è dedicata anche alle specialità più note, quelle specialità che non hanno accoglienza nei nostri giornali scientifici, e che pure sono una necessità sentita ed utile della nostra pratica, non limitata più a ventuno medicinali!

Nella sua brevità, imposta dalla natura dell'opera, l'A. ha trovato modo non solo di non trascurare nulla di quanto è essenziale sulle proprietà, indicazioni, dosi dei medicamenti, ecc., ma di dare giusta estensione e proporzione alla importanza delle varie terapie, sì che alcuni capitoli si devono leggere con profitto più che riscontrare; l'editore nella veste elegante data al libro, nella esattezza tipografica, che è dote precipua in un prontuario terapeutico, non è venuto meno all'attesa, giustificata oramai dalla esperienza felicissima di questi ultimi anni.

In questo volumetto del Venezian è una miniera in cui il vecchio e il nuovo della terapia medica sono in ordinata armonia fusi in uno scopo unico: quello di *facilitare l'esercizio medico al pratico*, il volumetto può prender posto più che nella biblioteca, sul tavolo e nelle tasche del medico esercente, come un compagno fedele che non verrà meno al momento del bisogno.

T. PONTANO.

A. HEFFTER. *Handbuch der Experimentellen Pharmakologie*. I vol.-II vol., parte 1ª. Julius Springer, 1920-1923, Berlin.

Redatto sotto la direzione di A. Heffter e dovuto alla collaborazione dei più noti e valenti farmacologi, rappresenta una vasta miniera di sapienza e di metodi sperimentali diligentemente raccolti.

Questi due volumi trattano di numerose sostanze e principalmente: chinino, derivati del chinino, cloroformio, cocaina, curaro, veratrina, stricnina, canfora, ecc., e di ciascuna di esse è fatta una esposizione dettagliata della natura chimica e del comportamento sia dal punto di vista fisiologico che farmacologico.

Il libro non dà indicazioni pratiche, ma risponde ad un vero bisogno dello studioso di farmacologia, che trova in esso raccolti i dati più recenti e più sicuri registrati nella letteratura. È una guida preziosa allo studio serio e fecondo della farmacologia.

MARINO.

P. E. ALESSANDRI. *Manuale del farmacista* Hoepli, editore. Prezzo L. 46.

È la quinta edizione del volume dell'Alessandri dedicato al farmacista e che tanta meritata fortuna in pochi anni ha avuto.

Dando una occhiata a questa edizione vien fatto di pensare che non raramente alla necessità del medico esso risponde, del medico avido di sapere qualche dettaglio su quei medicamenti che troppo spesso egli adopra senza la conoscenza precisa della preparazione e della composizione. Libro accurato e raccomandabile tenuto come è al corrente dalle fatiche dell'A. che dettò nel '22 l'ultima prefazione come il suo migliore testamento.

P.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 27 marzo 1925.

Presidenza: prof. A. CEVIDALLI, presidente.

Sulla etiologia del farcino criptococcico.

Dott.ª C. CASAGRANDI. — È noto come questa malattia degli equini sia legata alla presenza di blastomiceti ed ifomiceti ed anche di protozoi, senza che la questione della sua etiologia si possa ritenere ancora risolta. Un recente lavoro dell'OTA torna a riferirla ad un ifomicete e precisamente al genere Grubyella della famiglia delle conidiosporee dell'ordine delle closterosporee. Il criptococco del RIVOLTA dovrebbe così secondo l'OTA chiamarsi Grubyella farcinosa.

L'O. fa rilevare di avere in altra epoca preso in esame del pus farcinico contenente i corpuscoli del RIVOLTA e di esserci tornata anche recentemente senza essere riuscita ancora a vedere comunque germinare e moltiplicarsi i ben noti corpuscoli del RIVOLTA. In qualunque terreno usato allo scopo, alcalino, acido, glucosato o no (in aerobiosi ed in anaerobiosi) i detti corpuscoli sono rimasti tali e quali per un certo tempo, poi si sono rigonfiati, la membrana si è rammollita ed i corpuscoli si sono disfatti e sono scomparsi.

È bensì vero che qualche volta nelle colture si sviluppano dei blastomiceti e degli oidii, ma è troppo evidente che essi sono dei reperti accidentali.

Non evvi quindi, secondo l'O., ragione alcuna di ritenere l'infezione in discorso determinata da ifomiceti, blastomiceti od oidii: essa ha tutti i caratteri di una infezione protozoica, come è già stata definita da molti studiosi e particolarmente dal GASPERINI, il quale l'ha chiamata una linfosporidiosi.

I processi fermentativi nel passaggio dei grassi dalla madre al feto.

Dott. F. CLAUSER. — Studiando col metodo stalagmometrico secondo RONA e MICHAELIS il potere lipolitico del siero di sangue della gestante nei due ultimi mesi di gravidanza, del feto a termine e della placenta, si potè stabilire sicuramente la presenza di un fermento lipolitico nella placenta. Vennero studiate le sue proprietà, mettendo in evidenza la sua probabile azione nel ricambio materiale dei grassi, fra madre e feto. Il passaggio delle sostanze grasse attraverso la placenta dovrebbe infatti avvenire in grazia dell'azione reversibile della lipasi placentare, che con un primo processo di lipolisi le scinde in acidi grassi e glicerina, per poi ricostituirle sinteticamente nell'interno del villo, che i prodotti di scissione possono facilmente raggiungere per diffusione.

Su alcune alterazioni istologiche nell'avvelenamento sperimentale per sali di tallio.

Dott. L. MAMOLI. — Consistono in una iperplasia dello strato corneo dell'epidermide, in un'atrofia dei follicoli piliferi e delle guaine interne della radice, in un ingrossamento delle ghiandole sebacee dovuto ad ipertrofia ed iperplasia della loro parte secernente. Nelle palpebre le ghiandole di MEIBOMIO, confrontate su sezioni omologhe, dimostrano notevole aumento di spessore.

Le alterazioni riguardanti l'apparato pilo-sebaceo si riscontrano sulla cute delle palpebre in modo meno evidente.

L'azione dell'insulina considerata in rapporto alla soglia renale per lo zucchero.

Prof. A. ROSSI e dott. U. SARTORELLI. — Gli OO. hanno studiato i rapporti fra glicemia e glicosuria in condizioni normali ed in malati di diabete prima, durante e dopo il trattamento insulinico.

Dalle loro ricerche è risultato:

1) Normalmente la glicemia è più alta nell'individuo avanzato in età che nel giovane; dopo i 50 anni si hanno le glicemie più alte anche indipendentemente da segni clinici di sclerosi nel rene.

2) Lo stesso fatto si osserva in genere nel diabete; nel vecchio diabetico si riscontrano glicemie più alte che nel diabete giovanile.

3) I rapporti fra glicemia e glicosuria non sono uguali nel vecchio e nel giovane; nel vecchio si osserva spesso un tasso glicemico alto con poca glicosuria; nel giovane è più frequente il fatto opposto, cioè notevole glicosuria con tasso glicemico relativamente basso.

4) Per azione della insulina si può talora osservare scomparsa della glicosuria rimanendo uguale o quasi il tasso glicemico.

5) Determinando la scomparsa della glicosuria mediante trattamento dietetico e mediante trattamento insulinico e saggiando il tasso glicemico nel momento in cui scompare la glicosuria, si osserva spesso nel primo caso un tasso glicemico inferiore che nel secondo.

I fatti esposti fanno pensare che nei casi di glicosuria sia possibile una componente renale la quale può essere influenzata dalla insulina.

A. R.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta dell'8 ottobre e del 3 dicembre 1924.

Presidenza: dott. G. GAGGIA, vicepresidente.

Dott. R. GRIGOLLI: *Sulla cura moderna della sifilide.* — Conferenza non adatta ad esser riassunta in un resoconto.

Prof. A. PONZIAN: *In memoria di Semmelweis.* — Conferenza non adatta ad esser riassunta in un resoconto.

Dispepsia e vomito mentale.

Dott. A. SPANIO. — Trattando di alcuni casi di dispepsia o vomito in soggetti nevropatici in cui

fu potuta constatare con esami obbiettivi rigorosi l'assenza di lesioni organiche, l'O. afferma che anche nel dominio delle vie digestive numerosi disturbi possono essere determinati dallo stato di psiconevrosi, per solo effetto del psichismo emotivo o per autosuggestione.

Tics di deglutizione ed aerofagia, esofagismo, singulto, eruttazione, rigurgiti, possono, una volta provocati da una causa reale, creare questo riflesso, continuarsi e ripetersi per una sensazione immaginaria autosuggestiva, e costituire una sorta di automatismo.

Riferisce il caso di una ragazza di 18 anni, che da quattordici mesi vomitava dopo ciascuno dei tre pasti la più gran parte degli alimenti che ingeriva, nonostante fosse stata già due volte operata, la prima di laparatomia esplorativa, la seconda di gastrodigiunostomia, e guarita col solo trattamento psicoterapico.

Sull'ulcera semplice del tenue.

Dott. F. PESCE. — L'ulcera semplice del tenue è una affezione rara. LEOTTA nel 1921 ne raccoglieva dalla letteratura 21 casi, aggiungendone uno personale. L'O. riferisce due casi del genere, osservati ed operati dal prof. PIERI. Nel primo si trattava di un giovane di 27 anni che in pieno benessere fu colto da un violento dolore alla fossa iliaca destra, cui seguì rapidamente un quadro di peritonite acuta. L'operazione, eseguita 8 ore dopo l'inizio dei fenomeni, fece constatare, oltre la peritonite diffusa, la presenza nel tenue, a 60 centimetri dalla valvola ileociecale, di una perforazione delle dimensioni di una lenticchia, che venne suturata. Drenaggio nel cavo peritoneale.

Alla operazione seguì un lieve miglioramento, ma in breve i sintomi della peritonite diffusa ripresero, e il malato venne a morte 5 giorni dopo l'operazione. L'autopsia non dimostrò altre alterazioni a carico dell'apparato digerente, all'infuori dell'ulcera suturata.

Nel secondo caso si trattava di un uomo di 60 anni, anche esso ammalato improvvisamente con dolori nella metà sinistra dell'addome e vomito. Poichè a sinistra esisteva un'ernia inguinale recidiva, riducibile in parte e dolentissima, si cominciò l'operazione (20 ore dopo l'inizio dei dolori) coll'esplorazione della regione inguinale: attraverso il sacco erniario fuoruscì dalla cavità addominale essudato sieropurulento. Una laparatomia mediana permise di trovare nel tenue, a circa 3 metri dalla valvola ileociecale, una perforazione grande quanto un grano di canapa, che venne suturata.

Il malato non presentò miglioramento in seguito all'operazione, e morì al terzo giorno. L'autopsia confermò la diagnosi di ulcera semplice del tenue.

Stenosi chirurgica delle arterie negli esiti di flebite.

Prof. G. PIERI. — L'O. presenta una donna di 33 anni nella quale 6 anni fa in seguito a malattia febbrile comparve una flebile della gamba sinistra; da allora questa nella stazione eretta e nella deambulazione si gonfiava, diveniva cianotica e pesante, insorgevano dolori... Aumentando di intensità questi disturbi la malata si fece ricoverare in Ospedale.

L'O. nel luglio scoprì l'arteria femorale di sinistra al triangolo di SCARPA e produsse la stenosi di essa asportando colle forbici un segmento della sua parete lungo 12 e largo 4 mm.; la riparazione della perdita di sostanza fu eseguita con un sopraggitto di seta sottilissima vasellinata. Postumi operatori normali.

La paziente a tre mesi di distanza dall'operazione afferma di avere da questa ricavato un notevole giovamento: è scomparso il senso di peso alla gamba, la deambulazione si compie senza stanchezza... Unico reliquato della pregressa flebite è un lieve aumento di circonferenza della gamba (quasi 2 cm. in più a sinistra).

Il problema di riparare ai disturbi residuali alle flebiti degli arti inferiori fu risolto da BIONDI colla proposta di legare l'arteria principale dell'arto (verrebbe così ad essere compensato lo squilibrio idraulico dovuto alla trombosi venosa). L'O. ritiene preferibile ridurre l'afflusso del sangue arterioso producendo la stenosi dell'arteria, la quale non lascia preoccupazioni circa la vitalità dell'arto.

Egli ha sperimentato finora questo procedimento in tre casi, sempre con risultato soddisfacente.

Resezione delle radici posteriori in un caso di grave paresi spastica.

Prof. G. PIERI. — L'O. presenta un ragazzo di 8 anni il quale fin dalla nascita presentava un quadro tipico di morbo di Little, caratterizzato da una estrema rigidità in estensione degli arti inferiori (per cui egli era immobilizzato a letto), e da una discreta conservazione dell'intelligenza.

Ai primi di settembre fu praticata la resezione bilaterale delle radici posteriori. L'operazione fu eseguita colla rimozione di due soli archi vertebrali (l'ultimo dorsale e il primo lombare) scoprendo le radici a livello del rigonfiamento lombare, e asportando la metà delle fibre corrispondenti a ognuna delle radici L3, L4, L5, S1, S2, a cominciare dalla loro inserzione midollare per la lunghezza di 2-3 centimetri.

L'effetto dell'operazione è stato favorevole: il piccolo paziente che solo da un mese ha iniziato gli esercizi di deambulazione, ora cammina per ore intiere appoggiato alle grucce, e il miglioramento è stato così rapido che fa sperare egli possa presto abbandonare le grucce.

L'O. riferisce anche di un secondo caso concernente una monoplegia spastica congenita in una giovanetta di 19 anni operata sette mesi prima colla stessa tecnica e con risultato egualmente favorevole.

G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Considerazioni cliniche sulla stenosi pilorica dei lattanti.

La stenosi pilorica dei lattanti, più frequente nei maschi, è dovuta ad una ipertrofia della tunica muscolare del piloro, cui si aggiunge uno spasmo funzionale, e, nella gran maggioranza dei casi, si presenta qualche settimana dopo la nascita.

Rarissime sono le osservazioni cliniche di stenosi puramente meccaniche, senza intervento di alcun elemento spasmodico.

La sifilide congenita non sembra avere alcun valore nell'etiologia dell'affezione. È invece importante il fattore ereditario, e l'esistenza di rachitismo e di spasmofilia nei genitori e nei collaterali.

A. Suner (*Paris Médical*, n. 50, dicembre 1924) insiste su quest'ultimo dato e non esita a dichiarare che il pilorospasmo rappresenta un sintoma da aggiungere alla triade caratterizzante lo stato spasmofilo: tetania, laringospasmo, eclampsia. In relazione a ciò l'A. è riuscito sempre a svelare nei soggetti caduti sotto la sua osservazione i fenomeni della spasmofilia, rappresentati fondamentalmente dal segno di Erb, dai segni di Chvostek e Trousseau, e dal comportamento del calcio nel siero, le cui deviazioni metaboliche provocano una diminuzione di funzionalità nei centri inibitori encefalici, che moderano l'azione dei riflessi automatici.

Quale causa eccitante di tali riflessi è verosimile ammettere l'azione del succo gastrico, che attraversa il piloro per penetrare nel duodeno.

Oscura resta invece la patogenesi dell'ipertrofia muscolare.

Un ottimo mezzo per mettere in evidenza il disturbo è fornito dall'esame radiologico, che svela il ritardo dell'evacuazione del contenuto gastrico. Allo schermo, o sulle lastre prese in serie, apparirà il susseguirsi di « crisi di sforzo », con aumento della peristalsi, e di « fasi di affaticamento », in cui la parete dello stomaco si rilascia.

Poco valore ha invece la palpazione di una tumefazione pilorica, che assai raramente è dato constatare.

Recentemente si è consigliato di studiare il ritmo di eliminazione di 5 centigr. di carminio medicinale fatto ingerire al bambino, e ricercato ogni 4 ore nelle acque di lavaggio intestinale. Ma le osservazioni in proposito non sono ancora concordi.

L'A., per esperienza personale, è fautore del trattamento medico, basato sopra un regime dietetico rigoroso, e sulla somministrazione di farmaci appropriati, moderatori dell'ipereccitabilità (citrato di sodio, lattato di calcio, liquido di Ringer, metodo di Rosenstern, atropina, belladonna, alipina, papaverina, ecc.). Nei casi gravissimi, e in quelli in cui non sopravviene miglioramento alcuno dopo 2-3 settimane, è indicato l'intervento chirurgico, consistente per lo più nella pilorotomia secondo Fredet-Rammstedt, tralasciando la gastroenterostomia, di esecuzione assai difficile nei lattanti. M. FABERI.

La periodicità dell'ulcera peptica.

A. Lechler (*Medizinische Klinik*, 29 giugno 1924) si domanda la ragione per cui i dolori dell'ulcera soprapilorica si abbiano per crisi, separate da periodi di calma. Eppure durante questi, l'ulcera non è guarita, come lo dimostrano la presenza di sangue occulto nelle feci e lo studio radioscopico. È probabile che i periodi di calma, quando non oltrepassino qualche mese, segnino soltanto la cessazione dei fenomeni spasmodici, e che a questi ultimi siano dovuti gli atroci dolori tipici dell'ulcera, dolori che si calmano, come è noto, con l'atropina. Al contrario, le crisi sono spesso provocate dai meccanismi che agiscono sul sistema nervoso dello stomaco; quindi, non soltanto da errori di regime, ma anche dal raffreddamento, da esercizi fisici, dall'insonnia e soprattutto dalle emozioni. Intervengono inoltre, senza dubbio, dei fattori endocrini, sicchè si possono vedere le crisi ricomparire in occasione delle mestruazioni (come la litiasi biliare) e calmarsi nella gravidanza. D'altronde, i fattori nervosi dello spasmo sono complessi ed agiscono sommandosi. L'A. ritiene che un meccanismo nervoso intervenga per spiegare l'effetto benefico che si è recentemente attribuito alla proteinoterapia nel trattamento delle ulceri gastriche e duodenali. Tale trattamento, di fatto, provoca dapprima una recrudescenza dei dolori locali, seguita poi da una sedazione secondaria. Con la radioscopia, si è osservato che il dolore era legato allo spasmo pilorico ed invece la calma al rilasciamento di tale spasmo.

fil.

Trattamento delle gravi emorragie gastriche e duodenali.

Secondo Paterson (*British med. Journ.*, 15 marzo 1924), le gravi emorragie acute danno una mortalità minore col trattamento medico (5-10 %) anzichè con quello chirurgico (30-40 %). Il tratta-

mento chirurgico conviene alle emorragie croniche, e conviene farlo anche per prevenire la ripetizione di quelle acute, qualche mese dopo una prima emorragia grave: eventualmente si fa precedere da una trasfusione.

Secondo Paterson l'intervento migliore è la gastrodigiunostomia, mentre la resezione dell'ulcera sarebbe intervento di eccezione. In queste direttive convengono P. Rowlands e Izod Bennet: non concorda Fagge, che dichiara di aver resecato con buon esito molte ulceri gastriche e duodenali, anche in occasione di emorragie acute, previa trasfusione di 500 cmc. la quale non produrrebbe tale aumento della pressione da accrescere o rinnovare l'emorragia.

Willcox ritiene pure più utile in primo tempo il trattamento medico, attesochè non si tratta sempre di un'ulcera, ma talora di cirrosi epatica, anemia emolitica, tossiemie croniche, ecc. Consiglia il riposo assoluto: non dar nulla per bocca per due o tre giorni, e crede inutile ogni applicazione locale sull'epigastrio. La morfina va usata con precauzione nei cirrotici e nei nefritici.

Aumentano la coagulabilità del sangue le iniezioni intramuscolari di sali di calcio (5 centig. in soluz. all'1 %) da ripetere per tre o quattro giorni. Consiglia inoltre la paratiroidina p. os, le iniezioni di siero, la trasfusione, le inalazioni di acido carbonico (CO^2).

Gli emostatici p. os coagulano tenacemente il sangue effuso nello stomaco che diviene così un corpo molto irritante per le pareti, onde sono da evitare.

Secondo Burgess le emorragie postoperatorie, che seguono ad interventi sullo stomaco, si prevengono meglio che non si curino, curando l'emostasi e trattando opportunamente i vasi durante l'operazione. Quando si siano manifestate, si possono arrestare con l'introduzione nello stomaco, per mezzo della sonda, di acqua caldissima (250 gr. a 54°), da estrarre di nuovo dopo un minuto; eventualmente si può introdurre una nuova dose.

Secondo A. Hurst nelle gravi emorragie da ulcera cronica può in certi casi convenire di sondare lo stomaco, di lavarlo con acqua ghiacciata dai coaguli irritanti, ed introdurre poi dell'acqua adrenalinizzata, nonchè del biossido di magnesio per neutralizzare il contenuto gastrico. Non è del tutto contrario alla trasfusione e alla resezione dell'ulcera nelle emorragie acute che si ripetono a breve intervallo. DORIA.

Per la terapia dell'ulcera gastrica in emorragia acuta.

Erkes (*Zeitschrift für Chirurgie*, 1924, p. 1496) usa da quattr'anni il metodo di circoscrivere con sutura l'ulcera dello stomaco o del duodeno, che dà sangue: sia che trattisi di emorragia acuta, sia che si tratti d'emorragia recidivante; e anche a complemento di ogni G.-E., per evitare l'emorragia ulcerosa post-operatoria. Si trattava di casi nei quali, avuto riguardo allo stato generale o per ragioni tecniche, non fu possibile la resezione. Tre casi contemplavano ulcere con emorragia cronica, recidivante; due casi, ulcere in emorragia acuta. Tutti cinque i casi sono guariti, e in nessuno s'è ripetuta più l'emorragia durante l'osservazione di 1-3 anni. Negli altri 19 casi si trattava di ulcere dello stomaco e del duodeno, accompagnate al reperto di sangue nelle feci. In nessun caso s'è avuta emorragia post-operatoria dall'ulcera, eccetto che in uno nel quale la sutura circoscrivente sull'ulcera non fu eseguita. Tre casi furono rilaparotomizzati dopo un anno per altre ragioni. Al posto dell'ulcera si trovò soltanto una cicatrice grigiastra, lineare, molle. La sutura si esegue con un sopraggitto che circonda l'ulcera: annodando e stringendo i capi del filo, l'ulcera viene ad essere infossata. Una soprasutura o un lembo di omento addossatovi con punti, escludono certamente il pericolo della perforazione. All'infuori di comunicazioni casistiche isolate, l'A. non ha trovato nulla nella letteratura sopra questo metodo, e per quanto è a sua conoscenza non fu usato mai sistematicamente. Sulla base dei buoni risultati sopra riferiti, egli crede invece che, in casi adatti, il metodo, semplice com'è, meriti maggiore diffusione. B.

Sintomi appendicolari da malformazioni anatomiche.

È noto come alcune conformazioni anatomiche possono eccezionalmente originare lesioni o processi morbosi i quali non trovano altra spiegazione che la disposizione anatomica stessa.

Vignard (*Journal de médecine de Lyon*, 5 novembre) allo scopo di chiarire l'etiologia di alcune manifestazioni patologiche, ha ripreso lo studio delle disposizioni anatomiche dell'appendice. Non tenendo conto delle eventuali posizioni viziose dell'appendice rispetto al cieco (le quali possono spesso dar luogo a processi infiammatori) alcune volte possono osservarsi disposizioni intrinseche dell'organo, dovute sembra ad un raccorciamento del margine d'inserzione del mesoappendice, le quali determinano una torsione dell'appendice su se stessa (forma ad O, ad U, ecc.).

Per esse si hanno modificazioni di calibro dell'organo, disturbi circolatori, stasi fecale, a causa delle quali è più facile l'insorgenza di lesioni che ricordano quelle dell'appendicite cronica e che conseguentemente possono determinare accidenti acuti. Clinicamente ed isolata-

mente queste malformazioni con il meccanismo noto del volvolo danno luogo ad accessi colici dolorosi senza febbre nè vomito.

Non è difficile anche che a tali turbe meccaniche si sovrappongono sintomi di appendicite vera, acuta o cronica. A. POZZI.

Il " porridge ".

Non è infrequente trovare nei lavori inglesi di dietetica menzionato il *porridge*, che è anche consigliato per certi regimi e, particolarmente, nell'enterite.

Il *porridge* è il piatto nazionale scozzese e si prepara facendo cuocere a fuoco lento del semolino di avena, con un poco di acqua. Si continua la cottura per tre quarti d'ora, rimescolando sempre con un cucchiaio di legno. Il semolino si gonfia e non si deforma. Lo si mangia poi con latte, con panna fresca, con frutta cotta. È un alimento assai nutriente e lassativo ed è quindi consigliabile per i convalescenti, i dimagriti ed i costipati. *fil.*

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Glicemia, glicosuria e poliuria nel diabete mellito dopo la puntura lombare.

Eseguita la puntura lombare in dieci diabetici (Monteleone: *I Problemi della nutrizione*, 1924, n. 6) presi a caso fra i degenti nella Clinica Medica di Roma, l'O. ha constatato per quanto riguarda l'eliminazione urinaria una diminuzione della quantità giornaliera in tre casi, un aumento in un caso, nessuna modificazione negli altri. Per quanto riguarda l'eliminazione del glucosio, la puntura lombare ha portato a ricomparsa del glucosio in due casi, una stazionarietà o lieve aumento negli altri. All'opposto in tutti i casi, ad eccezione di uno, si è avuto netto aumento della percentuale del glucosio nel sangue, massimo nelle 24 ore successive alla rachicentesi. In un p., inoltre, a 24-48 ore di distanza dalla rachicentesi con l'accentuarsi della cefalea si ebbe vomito ripetuto, alito acetonico, prostrazione profonda, comparsa nelle urine di cilindri del coma diabetico. In un altro dopo la puntura divennero permanenti, si aggravarono ed evolvettero rapidamente alterazioni vascolari degli arti, prima transitorie e di modica intensità.

Sperimentalmente, è cosa nota, si può in individui normali con azioni portate sul sistema nervoso, ottenere glicosuria: in diabetici, stimoli ancor minori possono portare ad un notevole peggioramento della tolleranza per gli idrati di carbonio (a Von Noorden bastarono degli stimoli psichici). È da ritenere quindi che un trauma non lieve venga portato con la puntura lombare alla massa encefalo-rachidiana, con produzione nelle zone glicogenetiche di stimoli cui corrispondano e da un lato l'aumento della glicemia e dall'altro la relativa iperglucosuria. A questo primo coefficiente, all'aumento assoluto dello zucchero nel sangue, è possibile aggiungere in alcuni casi un'azione inibitrice sulla funzione renale nei riguardi dell'eliminazione urinaria con transitoria elevazione della soglia di escrezione del glucosio.

Alle molteplici cause dunque che nel diabetico producono peggioramento della tolleranza per gli idrati di carbonio, dobbiamo aggiungere la puntura lombare: l'importanza di tal fatto risulta nella pratica chiara, considerando gli accidenti gravi suricordati, sopravvenuti alla rachicentesi.

Applicazione delle leggi d'azione della diastasi alla combustione del glucosio nei soggetti sani e nei diabetici.

L. Ambard, F. Schmid e M. Arnovlyevitch (*Presse médicale*, 3 settembre 1924), esperimentando su animali cloralizzati e tenuti a temperatura costante nei quali producevano iperglicemia o iperinsulinemia e determinavano la combustione del glucosio in base al CO^2 eliminato, sono venuti alla conclusione che l'iperglicemia, restando costante la secrezione insulinica, porta in determinati limiti all'aumento della combustione del glucosio.

Che l'iperinsulinemia (iniezioni d'insulina) restando costante la glicemia porta pure ad un aumento della combustione dello zucchero.

Le stesse leggi si riscontrano nei diabetici, nei quali l'iperglicemia entro determinati limiti porta all'aumento della combustione del glucosio. Si spiega in tal modo come un regime glucosato faccia diminuire e alle volte scomparire l'acidosi pur rimanendo costante la glicemia.

L'insulina iniettata sottocute produce a glicemia costante l'aumento della combustione dello zucchero.

Circa l'azione dell'iperglicemia sulla secrezione insulinica ritengono che l'aumento dello zucchero nel sangue eserciti un'azione inibitrice sulla secrezione insulinica. Spiegano in tal modo il fenomeno osservato nelle cure insuliniche della diminuzione della glicemia che persiste per lungo tempo dopo il trattamento insulinico, e che ritengono dovuto al fatto che la diminuzione della

concentrazione del glucosio nel sangue ha apportato ad un miglioramento della secrezione insulinica dell'organismo diabetico.

D. F. RICCARDI.

La curva della glicemia nella polmonite lobare.

Da ricerche di A. Brugi (*Minerva medica*, 15 ottobre 1924) risulta che la curva della glicemia nella polmonite lobare si comporta in modo tutt'affatto differente a seconda del periodo in cui si praticano le ricerche.

Nel periodo acuto febbrile, fino al momento della crisi, si osserva costantemente a digiuno aumento del glucosio circolante nel sangue. Tale aumento va progressivamente crescendo fino alla perturbazione critica, nella quale raggiunge i massimi valori; la curva della iperglicemia alimentare presenta tutti i caratteri di quella che si ha nel soggetto diabetico.

Al momento della crisi, si rileva una leggera diminuzione della glicemia; la curva della iperglicemia provocata non presenta modificazioni degne di nota, ma oscillazioni di scarso interesse.

Nel periodo postcritico, fino al ventesimo giorno, si ha sempre iperglicemia a digiuno; la curva della iperglicemia alimentare va lentamente avvicinandosi a quella del soggetto sano, pur mantenendosi sempre una maggior somiglianza con quella dell'individuo diabetico. Oltre il ventesimo giorno, le condizioni della glicemia a digiuno ritornano rapidamente normali e la curva della iperglicemia alimentare si comporta come nei sani, presentando però valori differenziali con la glicemia a digiuno minori del normale.

In rapporto a tutte queste oscillazioni della glicemia, sia a digiuno, come dopo la somministrazione del glucosio, non si è riscontrata mai glicosuria.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. R. Musseto, Carpenedolo:

Può consultare per quanto desidera il GUILLEMINOT (Masson), trattato francese completo di elettroterapia e radiologia, di cui esiste edizione recente. Possono essere utili anche i volumi relativi della collezione di Maloine (collez. Sergent).

MILANI.

Al dott. A. Papucci, Firenze:

Non esiste in italiano un trattato di elettroterapia e radioterapia. Può giovarsi dei trattati francesi (GUILLEMINOT, ed. Masson).

MILANI.

VARIA

La posizione economica degli scienziati e il loro compito sociale.

Charles Richet, della Facoltà Medica di Parigi, pubblica, sulla *Revue Scientifique*, da lui diretta, un articolo in cui rileva che la miseria dei laboratori scientifici francesi è stata alquanto alleviata dalla così detta « giornata Pasteur »; ma che rimangono in penosa situazione materiale moltissimi scienziati francesi.

Lo scienziato — egli scrive — esercita nella società moderna un compito di essenziale importanza, dacchè la scienza significa progresso. In cambio dei servigi che egli rende, non ha forse il diritto di nutrirsi a seconda del suo bisogno, di avere figli, di mantenere la dignità del suo rango e di assicurarsi una buona vecchiaia? Nell'ora presente il suo compenso è appena sufficiente per non morire di fame. Mentre, dopo la guerra, il lavoro manuale è molto meglio retribuito, soltanto la classe media soffre particolarmente del rincaro della vita, ed è a questa che appartengono i lavoratori intellettuali. Lo studente di scienze non guadagna niente, e se dà delle ripetizioni, non riceve più di tre franchi all'ora; dieci soldi di più che una donna di servizio. I preparatori, aggregati alla Facoltà di medicina, hanno da 11,000 a 17,000 franchi all'anno, i professori universitari, giunti al sommo della scala, da 25,000 a 30,000 franchi. Questa meschina posizione degli scienziati, inaridisce il reclutamento scientifico. La parte più eletta dei giovani medici si rivolge alla medicina e alla chirurgia pratiche, e molti *agrégés* delle scienze positive non diventano che lavoratori industriali.

Ricordiamo che le stesse idee erano già state svolte, due anni or sono, in forma brillante e con documentazione copiosa, dal prof. Sanarelli, in un suo discorso inaugurale tenuto all'Università di Roma, il quale destò larga eco.

Siccome chiedere miglioramenti sensibili allo Stato non sarebbe che una dolce illusione, il dott. Richet suggerisce che gli scienziati facciano un'attiva propaganda per difendere l'idea della *proprietà scientifica*, come vi è una proprietà letteraria. Quando uno scienziato fa una scoperta, cento industriali si arricchiscono e lui resta povero: che almeno egli abbia una parte nei guadagni. Questa idea della proprietà scientifica è già stata l'oggetto di un notevole rapporto alla Società delle Nazioni ed è da augurarsi che entri bentosto nella legislazione internazionale.

R. B.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXIV. — Considerazioni circa gli stipendi minimi.

1) In alcune provincie è stata ritardata la determinazione degli stipendi minimi.

Il ritardo influisce sulla decorrenza degli effetti del provvedimento?

Per risolvere il dubbio, che non è da noi ipotizzato ma è sorto praticamente, è necessario considerare che la disposizione dell'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, ha efficacia imperativa: « La G. P. A. sentito il Consiglio provinciale di sanità, *fissa* gli stipendi minimi dei sanitari condotti, distribuendo i Comuni in speciali categorie, ecc., ecc. ».

Per effetto di questa disposizione, lo stipendio non può essere inferiore ad un minimo determinato. Non essendo stato stabilito un termine speciale, il rapporto di impiego è stato dominato, per il trattamento economico, dal nuovo sistema legale obbligatorio appena questo è entrato in vigore. La determinazione concreta del minimo dello stipendio rende certa ed esigibile la *quantità* della retribuzione minima che l'impiegato ha diritto di percepire; ma il diritto preesisteva alla determinazione quantitativa, perchè fonte di esso è la legge.

Insomma, la disposizione dell'art. 34 attribuì al sanitario condotto il diritto ad uno stipendio minimo; questo diritto nacque appena la legge entrò in vigore; alla G. P. A. è demandata soltanto la determinazione della misura del contenuto patrimoniale del diritto e non della decorrenza di esso.

Il Ministero dell'Interno, con la circolare 19 luglio 1924, n. 20186, pur senza motivare, esplicò nello stesso senso la portata dell'art. 34: « La data della decorrenza delle nuove tabelle degli stipendi minimi dei sanitari *deve essere quella del 30 gennaio* 1924 e ciò in base al disposto dell'art. 90, terzo comma, del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, che stabilisce l'entrata in vigore delle norme in parola al quindicesimo giorno della pubblicazione avvenuta nella *Gazzetta Ufficiale* del 15 gennaio 1924, n. 12 ».

Dunque, gli stipendi stabiliti dalla G. P. A. sono dovuti, in ogni caso, con decorrenza dal 30 gennaio 1924.

2) Altra conseguenza della efficacia imperativa della disposizione.

Fonte del diritto, già lo dicemmo, è la legge. La volontà del Comune concorre a costituirlo; la funzione della G. P. A. è limitata a determinarne la misura. Stabilita questa, il sanitario ha, senz'altro, il diritto di pretendere che lo stipendio sia pagato nella misura fissata, con decorrenza dal 30 gennaio 1924. Non occorre che il Comune deliberi, perchè il diritto non sorge da una manifestazione di volontà di esso. Il Comune è il soggetto passivo della norma. Esso può soltanto ricorrere, in sede gerarchica, contro il provvedimento della G. P. A.; ma il ricorso non ha effetto sospensivo.

Stabilito lo stipendio minimo, il Comune *deve* pagare; se non adempie, può esservi costretto dall'autorità tutoria o mediante azione giudiziaria.

3) Fu già chiarito che eventuali condizioni di disagio della finanza comunale non sono valutabili agli effetti della determinazione degli stipendi minimi.

È logico che sia così. La retribuzione è normalmente adeguata oltre che alla entità della prestazione anche alle condizioni finanziarie dell'ente; ma nel caso in esame si tratta di stabilire la retribuzione indispensabile ad una vita decorosa; per ciò l'*obbligo* è limitato al minimo. In conformità di questo criterio, l'art. 34 non indica tra gli elementi valutabili le condizioni finanziarie del Comune.

4) Talvolta, le G. P. A. non si limitano a dividere i Comuni in categorie agli effetti del minimo della retribuzione; ma regolano il trattamento economico provvedendo in rapporto al caro-viveri, agli aumenti periodici, alle indennità complementari, ecc.

È seriamente discutibile se la G. P. A. possa esercitare siffatto potere in forza dell'art. 34.

L'attribuzione di essa è limitata alla determinazione dello stipendio minimo, cioè di quella misura che si considera indispensabile.

Eccettuata questa funzione imperativa, il rapporto di impiego non è sottratto, anche per il trattamento economico, alle norme comuni e alle libere determinazioni dalle parti.

Se il Comune ha stabilito più elevata retribuzione; se si è vincolato validamente ad indennità speciali o ad aumenti periodici, gli obblighi da esso assunti e i correlativi diritti del sanitario rimangono integri.

Ciò diciamo in linea di massima. Il criterio generale è questo: la determinazione dello stipendio

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

minimo come non è di ostacolo a più elevata retribuzione così non pregiudica i maggiori diritti patrimoniali che il sanitario abbia già validamente acquisiti.

Se le G. P. A. si limitassero a determinare il minimo dello stipendio, non sorgerebbero praticamente serie questioni. Ma, come si è detto, talvolta il provvedimento è complesso e domina con maggiore estensione il rapporto di impiego.

In questi casi, occorre esaminare le singole situazioni concrete sulla base della deliberazione della G. P. A. e del capitolato preesistente.

A noi sembra più corretto che i limiti del potere attribuito dall'art. 34 non siano superati e che si lasci adeguata ampiezza di determinazione alle libere iniziative per stabilire, sulla base del minimo, il rapporto economico. È questa la funzione dei capitolati che, in relazione ad uno schema tipo, anche questo non rigido ed assoluto, proporzionano la retribuzione all'opera del sanitario, alle condizioni locali, alla potenzialità finanziaria del Comune, ecc.

Lo stipendio minimo segna il comune denominatore dell'indispensabile, che in nessun caso può essere violato; i capitolati tipo guidano alla più esatta ed equa disciplina del rapporto di impiego, secondo criteri di giustizia che si possono considerare generali in tutta la provincia; nei singoli Comuni, poi, e caso per caso il capitolato deve essere adeguato alle condizioni locali.

5) Ultima considerazione.

Gli stipendi di tutti gli impiegati e salariati dello Stato sono stati aumentati in ragione del maggior costo della vita e della svalutazione della moneta.

Questo riconoscimento di una esigenza indefettibile non deve essere trascurato per i sanitari condotti.

Le indennità caro-viveri non sono più obbligatorie per legge; sono eccettuati e salvi, si intende, i diritti costituiti in forza di vincoli validamente assunti dai Comuni, in quanto l'impegno non sia estinto per causa legittima.

Ma della situazione e delle esigenze che lo Stato ha riconosciuto per tutti gli impiegati, devono tener conto i Comuni e le autorità tutorie.

XXXV. — Nullità della deliberazione per insufficienza dell'ordine del giorno.

Nell'ordine del giorno per la convocazione del Consiglio comunale in seduta straordinaria era detto: « revisione del regolamento organico degli impiegati e salariati comunali ».

In quell'adunanza il Consiglio deliberò la dispensa di alcuni impiegati.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 21 febbraio 1925, n. 265, ha annullato tale deliberazione per violazione dell'art. 293 della Legge comunale e provinciale, considerando che l'oggetto della dispensa dal servizio non era iscritto nell'ordine del giorno, e che non si può ritenere sufficiente la specificazione della « revisione del regolamento organico » senza indicazione dell'altro oggetto « nè in modo esplicito e diretto nè con formula comprensiva ed indiretta, come, ad es., quella di provvedimenti relativi ».

Soggiunge la decisione: « Non si può accedere alla tesi sostenuta in contrario dal Comune che tale proposta, per essere una conseguenza della revisione del regolamento organico, doveva ritenersi compresa nell'ordine del giorno; perchè, se può ammettersi, in alcuni casi, come talvolta ha ammesso la giurisprudenza di questo Consiglio in sede giurisdizionale e consultiva, la implicita inclusione di una proposta in un'altra, è però sempre necessario, per non incorrere nella inosservanza dell'obbligo derivante dall'art. 293, che esse siano così connesse tra loro che l'una non possa essere deliberata senza decidere sull'altra o, quanto meno, che l'una sia dell'altra la conseguenza necessaria ed inevitabile. Ora ciò non si verificava nella specie: basti considerare che non sempre la revisione di un regolamento organico degli impiegati importa un'eliminazione di personale; d'altra parte la dispensa dal servizio del ricorrente non poteva considerarsi una conseguenza inevitabile della proposta di revisione e iscritta all'ordine del giorno, se, come ammette lo stesso Comune, la soppressione dei posti di applicato che si proponeva al Consiglio non era totale e se occorreva perciò addivenire ad una scelta degli impiegati da dispensare ».

A proposito di questa decisione, segnaliamo la opportunità e talvolta la necessità dell'esame del testo integrale della deliberazione e degli atti preliminari qualora si tratti di provvedimenti che debbano essere considerati agli effetti di eventuali ricorsi.

A volte una irregolarità formale può salvare una situazione che, nel merito, non si presterebbe a controllo. Per es., è stato dichiarato che è nulla la deliberazione se la data dell'adunanza sia stata stabilita dal sindaco anzichè dalla Giunta. Nel caso sopra indicato, è stata annullata una dispensa dal servizio per irregolarità dell'ordine del giorno.

Non sono infrequenti gli errori circa la pubblicità delle adunanze e delle votazioni. È quindi utile che, invece di segnalare soltanto il caso, ci sia inviato il testo del provvedimento, per un esame completo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Assemblea generale dei medici condotti della provincia di Roma.

Il giorno 26 febbraio scorso ha avuto luogo l'assemblea generale del Sindacato Provinciale dei medici condotti con l'intervento del segretario della Corporazione Nazionale Sanitaria dott. Arnaldo Fioretti e del segretario della Corporazione sanitaria provinciale dott. prof. Ermanno Fioretti.

Il dott. Trulli, segretario del sindacato, ha fatto un'ampia relazione di tutto il lavoro compiuto ed in ultimo ha concluso esponendo in linee generali l'accordo ratificato dalla Federazione Fascista degli Enti Autarchici che ha messo così fine alla lunga ed estenuante lotta tra la detta Federazione ed il Sindacato.

Ha ricordato tutte le fasi della lunga controversia, che spesso raggiunse molta asprezza facendo disperare del buon esito.

Vi fu un periodo di vivace polemica giornalistica tra i rappresentanti dei Comuni ed alcuni fiduciari dei medici condotti, tra cui si distinsero i dottori Stagni e Bonifazi. Seguirono tre lunghe riunioni, ma i tentativi d'un accordo fallirono. Ciò si spiegava, poichè la Federazione degli Enti Autarchici riusciva a strappare una vittoria ottenendo dal Ministero delle Finanze una disposizione con la quale venivano annullate le approvazioni delle G. P. A. in fatto di aumenti di stipendi e di capitolati per procedere ad uno studio di revisione a secondo delle condizioni economiche delle diverse provincie. Fu quindi preparato un tipo di capitolato per farlo discutere in una riunione del Direttorio della Federazione degli Enti Autarchici e ciò allo scopo di ritentare una via di accordo, capitolato che venne subito redatto dai fiduciari dottori Bonifazi e Cenci e dal Trulli stesso e presentato al presidente della predetta Federazione on. Igliori.

Nella riunione avvenuta poco dopo mentre furono raggiunti gli accordi tra Enti Autarchici e dipendenti comunali, tra Enti Autarchici e Sindacato veterinario, il capitolato medico non fu nemmeno portato in discussione per una precisa pregiudiziale del Direttorio, quella cioè di non accettare la condotta residenziale volendo il ritorno alla condotta piena ed emettendo un voto perchè il Ministro dell'Interno lasciasse liberi i Comuni di fissare i nuovi stipendi a seconda delle loro condizioni finanziarie; la Federazione dei Comuni veniva così a schierarsi decisamente contro la legge per cercare di provocarne un'altra secondo il suo intento.

Rapida e poderosa fu l'azione esplicata dal segretario della Corporazione nazionale sanitaria dott. A. Fioretti il quale personalmente e con lettere e memoriali fece comprendere al Ministro dell'Interno e ai dirigenti del partito fascista, le gravi responsabilità di una lotta prepotente ed inutile: rapida e poderosa fu l'azione sindacale svolta dal segretario generale dott. Vacino che insieme al dott. Fioretti si portò diverse volte dal Ministro dell'Interno, dal direttore generale della Sanità pubblica e da altri. Tale azione venne completata da quella del Sindacato con minacce di dimissioni in massa e con il continuo conferimento col Prefetto e medico provinciale, il quale ultimo ha cercato di difendere strenuamente sempre gli interessi dei medici condotti

L'azione incalzante della Federazione degli Enti Autarchici veniva così di mano in mano paralizzata, e non basta. In questi ultimi tempi, il medico provinciale presentava e faceva approvare dal Consiglio provinciale sanitario le basi di un capitolato tipo concordato col presidente dell'Ordine dei Medici e col dott. Trulli. Portato il capitolato in G. P. A., questa, ad onta della calda raccomandazione del defunto e compianto Prefetto Pesce, rimandava l'approvazione ad uno studio particolare.

Si decise allora di mettere fine alla lunga lotta e fu proposto di provocare una grande riunione tra il Direttorio della Federazione degli Enti Autarchici, cinque membri fascisti della Giunta provinciale amministrativa, il medico provinciale, il segretario della Corporazione sanitaria nazionale, quello della Corporazione provinciale, quello della Federazione dei sindacati provinciali ed il dottor Trulli.

Nella detta riunione dopo una lunghissima discussione finalmente furono concordate le basi del capitolato e così accettata la condotta residenziale; furono stabiliti gli stipendi minimi di lire 8,500 per la 1ª categoria; L. 9,500 per la 2ª categoria; L. 10,500 per la 3ª categoria;

numero 1000 poveri compresi nello stipendio residenziale;

addizionale di L. 4 da 1000 a 2000 poveri; di L. 5 da 2000 a 3000 poveri;

cinque aumenti di stipendi ogni quattro anni corrispondenti al decimo degli stipendi iniziali;

ricostituzione della carriera;

ambulatorio per ciascun Comune;

integrazione volontaria della pensione da parte dei Comuni;

obbligo da parte dei Comuni di dare ogni quattro anni oltre il mese di permesso ordinario, uno straordinario a carico del Comune con l'obbligo da parte del medico di frequentare durante i due mesi Cliniche o Ospedali onde mettersi al corrente di tutti i progressi scientifici;

indennità dei mezzi di trasporto nelle disagiate residenze e Comuni a popolazione sparsa;

indennità per l'ufficiale sanitario.

Fu deciso di procedere d'accordo alla compilazione dell'elenco dei poveri cercando il modo di non aggravare le condizioni finanziarie dei Comuni.

Tranquillati ormai della più grave preoccupazione circa l'esistenza della condotta residenziale si inizierà un secondo periodo di lotte sindacali consistenti nel cercare di vincere gli ostacoli che certamente si presenteranno per l'adozione della legge e dell'accordo che si spera vorrà essere approvato dalla G. P. A.; di far pratiche presso il Prefetto perchè cominci a diminuire il numero stragrande degli interinati, col mettere a concorso i posti vacanti, ed infine di cominciare ad alimentare la fiamma di un'altra idealità: la provincializzazione delle condotte.

Alla relazione del segretario è seguita un'ampia discussione a cui presero parte molti dei presenti.

L'assemblea ad unanimità pregò vivamente il fiduciario dott. Bonifazi di ritirare le dimissioni che aveva presentato in segno di protesta dinanzi alla lotta ingaggiata dalla Federazione degli Enti Autarchici ed egli aderì ringraziando e facendo notare ai colleghi i grandi sacrifici a cui era andato incontro il Direttorio per difendere il patrimonio morale della classe. Il dott. Buglioni, vice presidente dell'Ordine dei Medici, plaudì all'opera svolta dal Direttorio sostenendo che per ottenere i miglioramenti concordati occorreva realmente dare il modo ai Comuni di compiere dei sacrifici da una parte e dall'altra; che l'aver accettato il principio dell'integrazione della pensione rappresenta una conquista nel senso che i Comuni possono liberarsi dei medici anziani per dar posto a dei giovani. Egli inoltre affermò di aver ottenuto un magnifico vantaggio con l'obbligare i medici di passare ogni quattro anni due mesi nelle Cliniche e negli Ospedali onde mettersi al corrente dei progressi scientifici.

Il fiduciario dott. Stagni fece comprendere che se da una parte i Comuni possono, è vero, allargare l'elenco dei poveri, dall'altra vi è una difesa da parte dei medici per avere ottenuto una discreta addizionale.

Il dott. Arnaldo Fioretti ringraziò i presenti per la grande fiducia che ripongono in lui ed annunziò che in seguito cominceranno nuove lotte, per iniziare la campagna a favore della provincializzazione delle condotte.

Il dott. Ermanno Fioretti tenne a dire che se dura era stata la lotta il risultato bisogna considerarlo molto soddisfacente poichè non si credeva di dover stabilire tali stipendi minimi proprio nel Lazio, dove si è cercato di pagare sempre poco il medico condotto.

Dopo di aver presa la parola diversi altri, venne approvata ad unanimità la relazione del Trulli, e a lui e ai membri del Direttorio vennero da tutti indirizzati i più sentiti ringraziamenti.

Seguì l'approvazione dello Statuto provinciale.

L'assemblea con grande piacere ammirò l'opera svolta dal segretario della Corporazione sanitaria nazionale, dal segretario del Sindacato nazionale medici condotti, dal nostro Vacino e dal segretario della Corporazione sanitaria provinciale.

Emise un voto di plauso per il medico provinciale dott. prof. Sirleo per il suo continuo ed affettuoso aiuto, e per il presidente dell'Ordine dei Medici impossibilitato ad intervenire perchè assente da Roma per la sua efficace e spontanea collaborazione.

Venne deliberato d'inviare un telegramma di auguri a S. E. Benito Mussolini per la sua guarigione.

Seguì la votazione per la nomina del nuovo Direttorio che risultò così composto: dottori: Nicola Trulli (Roma); Arnaldo Bonifazi (Bassanello); Emilio Stagni (Ariccia); Francesco Cenci (Rieti); Ulrico Giancola (Tivoli); Zefiro Matulli (Rignano Flaminio); Bonaventura Alberti (Palestrina); Arcangelo Volpini (Tarquinia); Armando Angelini (Frosinone); Arnaldo Lusignoli (Roma); Adorno Massimi (Anagni).

Il concordato è stato approvato dalla G. P. A. il 24 marzo u. sc.

Sindacato Medico delle Stazioni di cura italiane.

È entrato in efficienza il Sindacato Medico delle Stazioni di cura italiane.

Nell'assemblea dello scorso ottobre, fu approvato lo Statuto e si procedette alla nomina delle cariche sociali, per il triennio 1924-27, che risultarono così costituite:

Presidente: prof. Guido Ruata (Roma); V.-Presidenti: prof. Cesare Cattaneo (Milano), dott. Vincenzo Cuomo (Capri), dott. Romualdo Binder (Merano); Segretario generale: prof. Giuseppe Sabatini (Roma); Segretari: prof. Guido Ceresole (Venezia), prof. Ridolfo Pinali (Torino); Cassiere: prof. Alessio Nazari (Roma); Consiglieri: prof. Vittorio Ascoli (Roma), on. prof. Umberto Gabbi (Parma), prof. Gustavo Gasperini (Firenze), prof. Pietro Copercic (Abbazia), prof. Antonio Gnudi (Bologna), on. prof. Eugenio Morelli (Pavia), prof. Francesco Novara (Termini-Imerese), prof. Alfredo Razzano (Ischia), dott. Federico Roessler (Gries-Bolzano).

Il Sindacato ha sede in Roma, via Sistina, 14.

Del Sindacato fanno parte quasi tutte le più spiccate personalità scientifiche e tutte le migliori energie e le menti più fattive delle stazioni di cura termali, balneari e climatiche.

Questa possente organizzazione, che non ha alcun aspetto politico, funzionerà come vero e proprio ordine professionale specializzato, curando gl'interessi morali e materiali dei medici associati, moralizzando ed elevando, con rigorosa applicazione di leggi deontologiche e di sanzioni punitive, l'esercizio medico nelle stazioni di cura, difendendo il lato organizzativo, tecnico, amministrativo, ed, ove occorra, finanziario delle stazioni italiane.

La forza morale e materiale del Sindacato viene indiscutibilmente a pesare in maniera assai sensibile nell'attuale momento, decisivo per l'affermazione nazionale ed estera dei diritti di vita e di naturale predominio delle terme, dei climi e del mare d'Italia.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BENEVENTO. *Amministrazione Provinciale.* — Medico direttore del Ricovero per i Bambini esposti della Provincia; L. 6000. Docum. entro le ore 12 del 15 mag. alla Segret. Età lim. 50 a. al 6 apr. Chiedere annunzio.

BROZOLO (*Torino*). — Scad. 30 apr. Cond. e uff. san.; L. 7500 e 1° c.-v., alloggio, indennità varie.

CASTELNUOVO SCRIVIA (*Alessandria*). — Scad. 30 apr. Stip. L. 5000 (*sic*); L. 500 (*sic*) mezzo trasp.; 10 bienni ventes.; età lim. 45 a.

CESENA (*Forlì*). *Congregazione di Carità.* — A tutto 30 aprile chirurgo primario dell'Ospedale Civile; L. 12,000; compartecipaz. onorari; indennità varie. Limite di età a. 40. Nomina in base a terna. A richiesta la Segreteria invierà bando di concorso, capitolati e tutte le informazioni del caso.

DOMODOSSOLA. *Ospedale di S. Biagio.* — Primario medico. Scad. 30 apr. L. 2400 oltre 50 % tasse di cura e 60 % tasse ambulat. Lib. doc. in patol. med. o clin. med. Laurea da 10 anni.

LINGOCCHIO (*Reggio Em.*). — Alta montagna; ab. 2900 circa; stip. L. 8000 + 3000; ind. cav. L. 3000; addiz. L. 3 oltre i 600 pov.; 5 quinquenni decimo. Tassa conc. Scad. 30 apr.

MELIZZANO (*Benevento*). — Per Dugenta; scad. 30 apr.; età lim. 40 a.; docum. a 6 mesi; L. 4000 (*sic*) e 5 quinq. decimo; obbligo delle vaccinaz. e rivaccinaz. e di sottostare a tutti i doveri previsti dal Capitolato.

MONCALVO (*Alessandria*). — Stip. come da concordato provinciale; mezzi trasp. L. 1800; uff. san. L. 600; triennio di condotta o biennio di Ospedali. Tassa conc. Scad. 30 apr.

MONTEMIGNAIO (*Arezzo*). — Al 15 mag., ore 18; ab. 2000. L. 10,000 e 4 quadrienni decimo, oltre L. 300 uff. san., L. 1200 c.-v. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10. Saranno esclusi i disertori anche se amnistiati. Serv. entro 20 gg.

MONTE S. MARIA TIBERINA (*Arezzo*). — A tutto il 30 apr., per Lippiano; L. 10.000 oltre c.-v.; servizio nell'Ospedale; alloggio gratuito; per uff. san. del comune L. 500; quattro quadrienni decimo; fino a 1000 pov.; cavalc. non obblig. Età lim. 40 a.

PALERMO. *R. Università.* — Assistente alla Clinica medica; L. 7000 e 2 quinquenni, oltre c.-v. Prova scritta e orale clinica. Tassa di L. 50 all'Economato. Scad. 30 apr. Nomina e conferme annuali. Domande al Rettore.

PARMA. *R. Istituto super. di Medic. veterin.* — Assistente alla cattedra d'igiene, polizia sanit. e tecnica delle ispezioni delle carni da macello; vedi fasc. 14. Scad. 30 apr.

PIANCASTAGNAIO (*Siena*). — Proroga al 30 apr. Lo stip. è elevato da L. 6500 a L. 9500, senza c.-v.

PIEDIMONTE S. GERMANO (*Caserta*). — Condotta; L. 8000 e 5 quadrienni decimo, oltre L. 500 uff. san. e L. 2400 cav.; tariffa minima Ordine per gli abbienti. Scad. 40 gg. dal 31 mar. Tassa lire 50.10 alla Tesoreria com.

PISA. *Consorzio Provinciale Antitubercolare.* — Vice Direttore del Dispensario Profilattico Centrale di Pisa; vedi fasc. 15. Scad. ore 18 del 30 aprile.

POPPI (*Arezzo*). — Scad. 30 apr. Consor. con Ortignano-Raggiolo. L. 11,000 e 4 quadrienni dec., oltre L. 3500 cav., L. 500 uff. san. di Ortignano-Raggiolo, indennità ambulatorio per Ortignano, L. 1200 c.-v. Tassa L. 50,10.

RAVENNA. — A tutto il 30 apr.; 14ª e 15ª condotta; età lim. 40 a. Tassa L. 50 all'Economo comun. Stip. L. 8000 e 5 quadrienni dec., oltre indenn. supplem. rispettivam. di L. 500 e 1000; c.-v.; L. 2500 cav. Servizio e stabile dimora entro 20 gg. L'Amministraz. si riserva il diritto insindacabile di non procedere eventualmente ad alcuna nomina.

S. GIOVANNI DEL DOSSO (*Mantova*). — A tutto il 30 aprile. L. 9000 lorde per circa 100 pov.; c.-v.; L. 2000 cavalc.; L. 300 uff. san. Docum. a 6 mesi.

SAVOIA DI LUCANIA (*Basilicata*). — Al 30 aprile, ore 12; età lim. 50 a.; L. 8000 e 6 aumenti quadriennali per l'ammontare complessivo pari a cinque decimi dello stipendio stesso; addizion. L. 5 oltre i 300 pov. Ab. 1336, in collina. Serv. entro 10 gg.

SINALUNGA (*Siena*). — *Ospedale di Santa Maria delle Nevi.* — A tutto il 30 aprile, Direttore sanitario; L. 13,000 e quattro quadrienni del decimo.

TAGLIACOZZO (*Aquila*). — Al 30 apr., 3ª cond.; L. 9500 oltre L. 3000 cav.; rivolgersi Segreteria.

TRAMONTI DI SOTTO (*Udine*). — Cons. con Tramonti di Sopra; a tutto 30 apr.; tassa L. 50.10; condotta libera; L. 8000 per 1000 pov., L. 1200 c.-v., L. 800 uff. san., L. 3000 trasp., alloggio gratuito.

VERCELLI (*Novara*). — Condotta pel consorzio Sali-Montenero-Cascine Stra; vedi fasc. 13. Scad. ore 18 del 30 apr.

ZAGAROLO (*Roma*). — A tutto 30 apr.; L. 7000 e 5 quadrienni decimo; L. 1200 c.-v. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.15 al Sindaco. Docum. a 3 mesi dal 24 mar. I termini del concorso saranno prorogati se i concorrenti non raggiungeranno il numero di quattro.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

L'Istituto Veneto di Scienze ha assegnato il premio Valier al prof. Achille Monti di Pavia per l'opera « La malaria, l'ittero infettivo, l'influenza ed altri problemi patologici sorti dalla guerra ».

In sostituzione del prof. Mario Barbara, chiamato alla Clinica medica di Genova, la Facoltà di Medicina di Bari ha affidato l'incarico di patologia speciale medica al prof. Donato Gargasole.

Il dott. Reenstierna, privato docente all'Università di Stocolma, è stato nominato professore titolare ed ha ricevuto un premio dall'Associazione Medica Svedese in seguito alle sue ricerche ed alle sue pubblicazioni sul cancroide e sulla cura biologica di esso.

Il prof. F. Fülleborn, titolare della cattedra delle malattie tropicali ad Amburgo, ha ricevuto dal Giappone la medaglia d'oro Katsurada.

Il dott. Gaetano Missale, ufficiale sanitario di Melilli (Siracusa), è nominato commendatore nell'O. della Corona d'Italia.

PROFILI.

Il prof. Alfonso Poggi, per raggiunti limiti di età, si è ritirato dall'insegnamento ufficiale nella Facoltà medica di Bologna, che lo ebbe suo amato Preside per oltre quindici anni. La gloriosa Università perde una delle figure più eminenti per valore e qualità incomparabili di Maestro, non esaurite nel còmpito, pur grandissimo, di didatta, ma esplicate attivamente nel dare vita e sviluppo alla sua scuola chirurgica, dalla quale sono usciti in buon numero allievi valorosi.

Il prof. Poggi, laureato giovanissimo, seguì per un certo tempo il Concato, e poi fu assistente nella Clinica Chirurgica del Loreta che non tardò a farne il suo allievo prediletto. Pervenne rapidamente a una completa maturità scientifica, vinse nel 1888 il concorso di patologia dimostrativa e propedeutica chirurgica a Messina, e coprì quindi, come straordinario, la stessa cattedra a Bologna, tenendo contemporaneamente per molti anni la direzione della Clinica Chirurgica. Semeiologo finissimo, osservatore acuto, il Poggi ebbe tempra eminentemente clinica e speculativa, informata al concetto che la Clinica è ragionamento. Nel campo della chirurgia operativa è stato forte e valoroso chirurgo: è stato uno dei primissimi ad eseguire l'amputazione interscapolo-toracica, la sutura laterale delle grosse vene, le operazioni sullo stomaco, e sull'uretere, del quale ha proposto ed attuato metodi di anastomosi rimasti classici. Pure del Poggi è un metodo ottimo di resezione del ginocchio ad incastro. Fra i lavori di carattere scientifico vanno ricordati quello « *sui processi di guarigione delle ferite medicate all'acido fenico* » che rappresenta uno dei primi lavori di critica alla medicatura listeriana; quello sulla « *cicatrizzazione delle ferite dello stomaco* » e quello intorno alla « *rigenerazione della mucosa intestinale nelle ferite del tenue intestino* ». Praticamente importante è lo studio sperimentale « *sulla guarigione immediata delle ferite trasversali del dotto deferente senza chiusura del canale* ». In questi come nei molti altri lavori del Poggi spicca la precisione dell'indagine, e l'acume della critica nel vagliare risultati e conclusioni.

Per sincero e fervido amor di patria prestò durante la grande guerra la sua opera, come consulente e membro della Commissione per i mutilati della circoscrizione Toscana. Per questo, e per i suoi meriti di scienziato è insignito di alte onorificenze. È membro, ordinario o corrispondente, delle principali Accademie scientifiche nazionali

NOTIZIE DIVERSE.

Riunione Neurologica Internazionale.

Come abbiamo già annunziato, dal 25 al 28 maggio verrà solennizzato a Parigi il centenario di Charcot, unitamente al 25° anniversario della Società di Neurologia.

In tale occasione si terrà una Riunione internazionale di Neurologia, che nei giorni 25 e 27 maggio discuterà i temi: « Sclerosi lateriale amiotrofica » e « Emicrania »; il 26 maggio saranno pronunziati discorsi dai proff. Guillain, Marie, Babinski, dai delegati stranieri, dai rappresentanti di società scientifiche e dall'on. Godart, ministro del lavoro e dell'igiene; si terrà un banchetto; il 28 maggio il Consiglio municipale di Parigi e il Consiglio generale della Senna daranno un ricevimento ai convenuti.

Non si richiede nessuna quota d'iscrizione. Non sono concesse riduzioni ferroviarie. Per le adesioni e le corrispondenze rivolgersi al segretario generale del Comitato organizzatore, Dr. Souques, Amphithéatre de l'École des Infirmières, Hospice de la Salpêtrière, 47, Boulevard de l'Hôpital, Paris.

Società italiana di Medicina Interna.

Per errore tipografico nella impaginazione del vol. degli Atti del XXX Congresso di Medicina Interna è stata omessa l'Appendice contenente la conferenza del prof. E. Maragliano dal titolo: « Sullo stato attuale della vaccinazione preventiva dell'uomo contro la tubercolosi ».

Per i volumi ancora in possesso della Società si è provveduto al completamento.

Si avvertono i soci ai quali è già pervenuto il volume, che sarà loro spedito il foglio tipografico contenente la sudetta Appendice. Essi avranno cura di inserirla nel volume degli Atti in continuazione alla pagina 338.

Congresso Internazionale di Radiologia.

È convocato a Londra dal 1° al 4 luglio, dall'Istituto Britannico di Radiologia, dalla Società Röntgen e dalla Sezione di Elettroterapia della Reale Società di Medicina di Londra. Sono invitati i radiologi di tutti i Paesi; le Società di radiologia ed elettroterapia sono pregate d'inviare rappresentanti per costituire un Comitato internazionale. I titoli delle comunicazioni e le richieste d'informazioni vanno così indirizzati: Secretary general at the British Institute of Radiology, 32 Welbeck Street, London W. La tassa d'iscrizione è di L.st. 2.

Congresso italiano d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica.

Il XVI Congresso sarà tenuto a Montecatini dall'11 al 14 giugno, sotto la presidenza del sen. prof. G. D. Queirolo.

Il tema del Comitato centrale riguarderà la cura della calcolosi biliare dal punto di vista idro-

logico e verrà suddiviso fra tre relatori di diverse Stazioni. Quello del Comitato ordinatore è stato affidato al prof. Nosieri.

Durante il Congresso si organizzeranno gite presso le Stazioni balneari prossimiori.

Per ogni comunicazione, informazione, ecc., rivolgersi al prof. Carreras, segretario del Comitato ordinatore, R. Clinica Medica - Pisa.

Congresso francese di medicina.

Il XVIII Congresso francese di medicina si terrà dal 16 al 19 luglio a Nancy, sotto la presidenza del prof. Simon, direttore della Clinica medica di Nancy. Temi in discussione: « L'angina di petto », relatori Gallavardin e Richon; « Le acidosi », relatori Labbé, Nepveu, K. Petren e Dautre-Bande; « Forme cliniche e trattamento della gangrena polmonare », relatori Bezancon, J. de Jong, Parisot e Cassaude. Si faranno visite al paese del ferro, alle miniere di salgemma, alle stazioni balneari e climatiche e un'escursione a Metz. Per dettagli rivolgersi al prof. G. Etienne, Faubourg Saint-Jean, 32 - Nancy.

Congresso Chirurgico Scandinavo.

Il V Congresso chirurgico dei Paesi del Nord è indetto a Copenaghen dal 25 al 27 giugno, sotto la presidenza del prof. T. Rovsing. Temi in discussione saranno: « Trattamento dell'osteomielite acuta e delle sue sequele »; « Malattie non tubercolari degli annessi »; « Tubercolosi dei reni e delle vie urinarie ». Segretario generale è il prof. P. Bull, Incognitogate 26, Christiania (Norvegia).

Congresso internazionale per la limitazione delle nascite.

Indetto dalla « American League for Birth Control. », si è tenuto a New York il I Congresso internazionale per la limitazione delle nascite. Vi hanno partecipato numerosi delegati di tutte le parti del mondo. Il Congresso si è svolto sotto la presidenza del prof. Drysdale, dell'Università di Londra L'Italia vi era rappresentata da Corrado Gini, professore di statistica all'Università di Padova, e da Ettore Levi, direttore dell'Istituto d'igiene, previdenza e assistenza sociale di Roma.

Corso di gastro-enterologia.

Un fatto nuovo nel giornalismo medico: il « Bruxelles Médical » ha organizzato un corso di conferenze sulla gastroenterologia, affidato a redattori del periodico; esso ha avuto la durata di tre giorni e si è svolto durante le vacanze pasquali; ha riguardato la semiologia, le ricerche biologiche, la rontgengrafia, ed è stato corredato di dimostrazioni pratiche.

Per il Sanatorio di Aspromonte.

L'Opera Nazionale per la protezione ed assistenza degli invalidi della guerra (Roma, via Alberico II, n. 4-B) ha bandito l'avviso d'asta ad unico incanto per l'appalto dei lavori di costruzione di un Sanatorio per tubercolosi di guerra, da costituirsi sull'Aspromonte, nella località detta Recanati, presso Oppido Mamertina (Reggio Calabria), a cura dell'Opera Nazionale stessa.

L'importo previsto dei lavori è di circa 4 milioni e mezzo di lire.

Borse di studio presso l'Istituto italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale.

Il Ministero dell'Economia Nazionale (Direzione generale del lavoro e della previdenza sociale) ha concesso all'Istituto suddetto un sussidio di lire 40,000 da prelevarsi sul fondo depositato alla Cassa Depositi e Prestiti, a norma dell'art. 37 della legge 31 gennaio 1904 n. 51 per gli infortuni degli operai sul avoro. Della predetta somma, L. 20,000 andranno a beneficio diretto dell'Istituto e L. 20,000 saranno destinate alla concessione di borse di studio da assegnarsi a giovani che intendessero concorrere ai posti di « aiutante ispettore del lavoro », da crearsi a seguito dell'applicazione del decreto legislativo 30 dicembre 1925 n. 3245. Le borse di studio saranno 20 da assegnarsi 10 per volta ed il corso di studio per ciascun gruppo avrà la durata di 2 mesi. L'assegno per ciascun concorrente dovrà essere di L. 500 mensili. Gli insegnamenti sono impartiti da personale del Ministero e precisamente dal prof. G. Loriga, dall'ing. Calderan, e dai dottori G. Cau, F. Simeone, U. Muzzarini e A. Angelelli. I corsi sono tenuti nella sede dell'Istituto e sono stati iniziati il 6 aprile.

Per onorare la memoria di Guido Banti.

Il rettore della Università di Firenze, prof. Chiarugi, ha diramato la seguente circolare:

« La fama del prof. Guido Banti, clinico e anatomopatologo insigne, che Firenze ha perduto da pochi giorni e ammirava da più di quarant'anni, è consacrata nella storia della medicina da una importante, salda e completa scoperta: quella della malattia che per consenso internazionale porta appunto il suo nome.

« Si deve a Guido Banti se di questa infermità gravissima e occulta, anzi insospettata prima di lui, si conosce ormai a fondo il determinismo complesso e sorprendente, ciò che per di più ci mette in grado di prevenirne l'esito fatale mediante una cura chirurgica, che lo stesso Banti aveva preconizzato: coronamento raro e felicissimo d'una costruzione severamente scientifica.

« Se lo scienziato toscano (toscano di nascita e di struttura intellettuale) ha un posto segnalato negli annali della medicina, ne ha uno più vasto nel cuore dei suoi colleghi, dei suoi allievi, dei suoi malati. Per la chiarezza, l'euritmia, l'eloquenza calorosa delle sue lezioni, per la benefica, instancabile sua opera di medico all'Ospedale di Santa Maria Nuova, per l'alto esempio di una vita tutta indirizzata al culto dei più nobili ideali, il prof. Guido Banti aveva raggiunto una rispettosa quanto meritata popolarità anche fuori dal ceto dei medici.

« Di quest'uomo geniale e caritatevole, illustre e modesto, la Università di Firenze, accogliendo una nobile proposta della Facoltà medico-chirurgica, intende che rimanga un ricordo perenne, da collocare dove più rifulse l'apostolato di Lui o dove più intensa e silenziosa si svolse la sua feconda meditazione; ed apre una sottoscrizione pubblica a questo scopo, *col proposito anche di contribuire, se sarà possibile, alla ristampa delle più importanti memorie di Guido Banti* ».

Le adesioni, accompagnate dalla somma sottoscritta, possono inviarsi al prof. Giulio Chiarugi, R. Università di Firenze.

Una conferenza del prof. Frugoni ad Amburgo.

Il prof. C. Frugoni di Firenze ha tenuto ad Amburgo, il 24 febbraio u. sc., una conferenza « Sull'asma bronchiale anafilattico » nell'aula della Clinica Medica in « Eppendorf's Krankenhaus », per invito del direttore della Clinica stessa prof. Brauer. Assisteva tutto il corpo accademico della Facoltà medica di Amburgo, oltre ai medici dell'Ospedale ed a numerosi studenti.

Disciplinamento della specializzazione medica in Germania.

La Dieta Medica Tedesca ha discusso ampiamente la regolamentazione del titolo di specialista. Si è convenuto di ammettere 14 specializzazioni, tra cui quelle d'internista (comprende anche le malattie nervose), di chirurgo e di ostetrico-ginecologo, per le quali verrebbe richiesto un quadriennio di preparazione, mentre per le altre specializzazioni (tra cui: gastro-enterologia e ricambio, malattie polmonari e delle vie aeree, roentgenologia e fototerapia) basterebbe un triennio, eccettuata la stomatologia, per la quale si richiederebbe un diploma speciale. La preparazione verrebbe fatta di regola nelle qualità di assistenti o aiuti di cliniche o di ospedali, sanatori ecc. L'esame dei titoli verrebbe affidato a Commissioni nominate dalle Leghe mediche (Bundesverein).

Ulteriori ampie notizie sono contenute in una corrispondenza al *Journ. A. M. A.*, 7 marzo 1925.

Fondazione Ella Sachs Plotz.

Questa Fondazione ha lo scopo di sovvenire gli investigatori degli Stati Uniti, dell'Europa e dell'Australia.

Dalla prima relazione annua si desume che per l'anno finanziario 1924-25 furono avanzate 32 richieste e ne furono accolte 8, di cui 4 per ricerche sulle nefriti croniche.

Per l'anno finanziario 1925-26 le richieste debbono pervenire non oltre il 15 maggio 1925 al Comitato esecutivo; tuttavia questo si riserva di prendere in considerazione anche le richieste che perverranno dopo tale data, e fino al 15 settembre 1925, se rimarranno fondi disponibili.

Segretario del Comitato è il dott. Francis W. Peabody, Boston City Hospital, Boston, Mass. (S. U. d'A.).

Munifica elargizione.

Un funzionario della nostra diplomazia, il quale ha espresso il desiderio di serbare l'incognito, per celebrare il 25° anniversario di Regno di Vittorio Emanuele III, ha elargito un milione di lire, per le seguenti opere di beneficenza a favore dell'Italia Meridionale e Insulare: L. 250,000 all'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale di Roma, quale primo fondo per la costruzione di un Sanatorio Popolare ed Interprovinciale nella Città Giardino di Mussolinia, da intitolarsi al nome augusto del Sovrano; L. 200,000 all'Opera Nazionale per il Mezzogiorno d'Italia per l'istituzione di nuovi asili infantili nel Mezzogiorno; L. 150,000 per opere di assistenza e beneficenza nella provincia di Cagliari; L. 150,000 per opere di assistenza e beneficenza nella provincia di Sassari; L. 100,000 a favore delle Opere Federate di Assistenza Romana; L. 70,000 a favore di Istituti e di Opere filantropiche della provincia di Caltanissetta; L. 50,000 alla vedova dell'on. Casalini; L. 15,000 a beneficio della Casa del Sole; L. 15,000 a beneficio dell'Istituto per l'infanzia abbandonata di Palermo.

Anniversario di laurea.

I medici laureati nella R. Università di Palermo, nella sessione maggio-giugno 1915, sono invitati a riunirsi nel prossimo maggio a Palermo per festeggiare il 10° anno dalla loro laurea.

Si è costituito un gruppo composto dai colleghi: Armando Albanese, Alfredo Cipriani, Calogero Nicastro, che riceverà le adesioni da parte degli altri colleghi, per concretare la data della riunione. Si prega di indirizzare le adesioni al dott. Armando Albanese, piazza Alberico Gentili 15, Palermo.

La " Umfia ,,.

L'Unione Medica Franco-Ibero-Americana, fondata dal dott. Dartigues, raccoglie circa 1500 medici appartenenti a 27 Stati che parlano le lingue spagnola, portoghese o francese; pubblica una rivista intitolata *La Umfia*: ha tenuto il 27 dicembre scorso un Congresso all'Hôtel des Sociétés Savantes di Parigi.

Esami fraudolenti per mezzo della radiotelefonia.

La « Gazette hebdomadaire des Sciences médicales » di Bordeaux riferisce che, durante i recenti esami per *agregés* alla Facoltà medica di Strasburgo, il decano, prof. G. Weiss, venne avvisato per telefono che uno dei candidati era in radiocomunicazione con l'esterno; difatti l'indiziato venne sorpreso mentre, con un ricevitore fissato sotto il tavolo e un microfono chiuso in una mano e accostato all'orecchio sinistro, scriveva sotto la dettatura di un complice, il quale venne trovato nello stesso edifizio, ad un piano inferiore, mentre leggeva ad alta voce un libro di testo.

Il candidato sostenne che aveva voluto compiere un esperimento scientifico.

AUGUSTO V. WASSERMANN.

Aveva appena varcato la soglia del 60° anno di età, quando il 16 di questo ultimo marzo, dopo lunga malattia, fu colto dalla morte. Il cordoglio degli scienziati della sua nazione è consolato dalla simpatica e larga partecipazione dei cultori di scienze biologiche in tutti i paesi civili. Pensando quanto la sua vita fu operosa ed altamente meritoria nel campo della patologia sperimentale, sentiremo crescere il rammarico della sua prematura scomparsa; la quale parrà ancora più precoce a chi voglia ricordare quel lusinghiero motto che dire: *la jeunesse de la science commence à quarante ans.* La giovinezza scientifica di Wassermann sarebbe cominciata, secondo questo motto, appena nel 1906; e di lieto presagio ne furono gli albori, che portarono in luce quella famosa reazione che reca il suo nome. Ben pochi nomi di scienziati hanno avuto, come quello di Wassermann, una diffusione così fulminea e dilagante in tutto il mondo, e presso tutti i ceti.

Da quando egli fece conoscere la sua sierodiagnosi della sifilide, in soli venti anni, chi novera quante miriadi di volte il suo nome è corso sulla bocca di medici ed analisti, di malati e di sani, di credenti e di scettici, di uomini trepidi nell'attesa del responso, di contristati o impassibili all'annunzio di un responso positivo inopinato! Il nome di Wassermann non indica più una persona, ma un metodo diagnostico. La reazione di Wassermann, appena conosciuta, parve ai profani un lampo di genio: Vulcano aveva percosso la testa di Giove, e ne era balzata fuori Minerva! Così non è; e così non è, del resto, di nessuna scoperta in generale. Ma di tutte le scoperte, grandi e piccole, siano esse clamorose per la loro portata pratica, od austeramente silenziose per il loro puro carattere scientifico, si può dire questo: le scoperte non si presentano che agli spiriti preparati. E la preparazione di Wassermann era già, venti anni or sono, poderosa.

Nel 1891 era Assistente nell'Istituto di Koch, e nel '93 collaborava con R. Pfeiffer alle classiche ricerche sulle endotossine e sulla batteriolisi del vibrione colerico. D'allora in poi si dedicò allo studio di vari problemi attinenti all'immunità, con ammirabile fervore, e con un tenace attaccamento alla teoria delle catene laterali di Ehrlich. A questa egli attinse sempre nuove inspirazioni per impostare i suoi lavori sperimentali, con vero spirito inventivo, e condurli a termine con gran talento, attraverso risorse tecniche spesso originali. La fede nella teoria di Ehrlich fu la fiamma alimentatrice del suo lavoro; e giudicando dai non pochi brillanti risultati che ne ottenne, arricchendo il nostro patrimonio scientifico, bisogna convenire che senza fede non si lavora proficuamente neanche nel campo della scienza; e senza pedantesche riserve possiamo rendere di ciò omaggio a Wassermann, che ebbe fede incrollabile in una ipotesi eminentemente euristica, quale si è dimostrata quella di Ehrlich, nonostante i contrasti sollevati dai cultori di fisica chimica.

All'elegante questione del meccanismo d'azione delle antitossine sulle tossine egli portò contributi originali, che sono divenuti classici. A conferma di quanto si sapeva circa i rapporti fra tossina ed antitossina difterica, dimostrò che la tossina e l'antitossina piocianica si comportano nello stesso modo, e che il composto neutro che risulta dal loro legame reciproco può essere dissociato, mediante il calore, col ripristinamento della tossina. Insieme con Takaki riconobbe il potere che la sostanza cerebrale fresca ha di neutralizzare la tossina tetanica; provò che tale potere si riscontra anche in altri organi, ma non in tutti, e non in tutte le specie animali; ed illustrò la perfetta concordanza fra questi resultati sperimentali ed i presupposti della teoria di Ehrlich. A lui si deve la dimostrazione dell'identità fra l'antitossina difterica contenuta in sieri normali e quella degl'immunsieri.

Nel 1905 si accinse alla ricerca dei luoghi di produzione degl'immuncorpi tifici, ci diede la prova dell'origine cellulare degli anticorpi stessi circolanti nel sangue. Sviluppò egli così, sotto altri aspetti, quella dottrina della immunità locale, che era stata parecchi anni prima originalmente concepita e sperimentalmente dimostrata dal nostro Sanarelli nelle sue belle e classiche ricerche sull'infezione eberthiana.

Nel corso di vari suoi studi, Wassermann adoperò più volte il metodo di Bordet e Gengou, come fine mezzo rivelatore dei rapporti specifici fra antigeni ed anticorpi. Così, occupandosi di aggressine batteriche insieme con Citron, dimostrò con la fissazione del complemento, la presenza di sostanze batteriche negli essudati aggressinici. Con

lo stesso collaboratore, e col medesimo espediente, riconobbe che non solo le proteine, ma anche i proteoti ed il glicogene sono capaci di provocare la formazione di anticorpi specifici nell'organismo animale. Ma l'applicazione più fortunata del detto metodo fu fatta da Wassermann alla diagnosi della sifilide. La scoperta del *Treponema pallidum*, annunziata da Schaudinn nel 1905, attirò il suo spirito allo studio della sifilide sperimentale, e particolarmente alle ricerche immunitarie e serologiche, nelle quali era già Maestro assai stimato.

Nel 1906, insieme con Neisser e Bruck, dimostrò che il siero di sangue delle scimmie infettate di sifilide, mescolato con estratti di organi luetici, produce la fissazione del complemento; e con Plaut accertò che lo stesso accade se, in luogo del siero di scimmia, si adopera liquido cerebro-spinale o siero di sangue di uomini paralitici, e di luetici in genere. Attribuì tale comportamento dei sieri luetici al loro contenuto in immuncorpi; e la spiegazione era calcata su quella delle prime fondamentali esperienze di Bordet e Gengou, nel 1902, concernenti la fissazione del complemento da parte di corpi batterici e dei rispettivi immunsieri messi insieme. Se non che un suo stesso allievo, il Meyer, diede la prima scossa alla concezione strettamente specifica della reazione sierodiagnostica della lue, dimostrando che anche gli estratti di organi non luetici, come il fegato umano normale, e perfino di organi di animali sani, come il cuore di cavia, possono, in presenza di sieri luetici determinare la fissazione del complemento. Tali resultati, che furono confermati ed ampliati da altri, significavano che la reazione di Wassermann può avvenire indipendentemente dalla presenza di treponemi o di loro prodotti nell'estratto usato come antigene. Già questo bastava per togliere alla reazione ogni presunto carattere immunitario. Tuttavia, poteva rimanerle almeno un certo carattere di specificità, qualora soltanto i sieri luetici fossero atti a produrre la fissazione del complemento, in unione con estratti di organi luetici o sani. Ma anche così ridotta, tale specificità cadeva, appena fu accertato che i sieri dei leprosi potevano dare la reazione di Wassermann, e che potevano darla anche i sieri di parecchi malarici, sicuramente non sifilitici, specie se primitivi, durante il primo periodo di accessi febbrili.

Così la reazione di Wassermann, che parve in principio una semplice applicazione, per quanto felicissima, del fenomeno di Bordet e Gengou, finì con l'essere una cosa a sè, veramente singolare; tanto più singolare perchè, prescindendo dalle rarissime cause di falsa reazione, facilmente eliminabili, essa conserva intatto il valore di reazione caratteristica della sifilide.

Parecchie centinaia di modificazioni furono apportate da molti alla reazione di Wassermann: ma si può ben dire che parecchie non valgono più della reazione originaria; e le altre, specialmente quelle escogitate allo scopo di renderla più sensibile, nascondono il pericolo — non è a dire quanto deprecabile — di reazioni positive in persone certamente non luetiche. La reazione di Wassermann è veramente un bilico, che il suo scopritore aggiustò di primo acchito; modificando la natura dei reattivi o le proporzioni della loro miscela, si corre il rischio o di sminuirne la sensibilità, o di esagerarla a scapito della sua attendibilità.

A conforto di ciò, ricordo come un consesso di rinomati sperimentatori, uno dei tanti che costellano la Lega delle Nazioni, ha recentemente affermato, in base a numerose ricerche comparative, la superiorità della classica originaria reazione di Wassermann di fronte a tutte le trasformazioni, più o meno radicali, cui essa ha dato luogo.

Il successo universale che ebbe questo metodo sierodiagnostico non distolse Wassermann da altri studi. Negli anni successivi dimostrò, insieme con Bruck, la presenza di antitubercolina nel sangue dei tubercolosi trattati con la tubercolina, e ci diede quella suggestiva interpretazione dei fenomeni tubercolinici, che ancora oggi appare la più calzante fra quante altre ne sono state immaginate.

In occasione di una epidemia di meningite cerebrospinale nella Slesia, sperimentò alacremente per ottenere un siero terapeutico specifico; e senza sapere di Jochmann, e di altri fuori di Germania, ed alla stessa epoca, produsse uno degli immunsieri più efficaci.

Attese altresì allo studio dei tumori nei topi, nei quali indagò, con intendimenti terapeutici, l'azione della selen-eosina; e sebbene tali esperienze, che parvero all'inizio piene di liete promesse, si dimostrassero poi fallaci agli effetti pratici, pure esse rivelano ancora una volta in Wassermann la passione per quell'ordine di studi, che potevano comunque essere guidati da una ardita ipotesi di lavoro. Infatti i principî della chimioterapia, che gli suggerirono gli esperimenti nei topi carcinomatosi con la selen-eosina, sono affini a quelli su cui poggia la teoria delle catene laterali.

Negli ultimi anni Wassermann si era dedicato con nuova lena al problema diagnostico della tubercolosi; ma la Parca, recidendo lo stame della sua vita, ha troncato anche la serie, forse anche il felice successo, dei nuovi studi intrapresi.

Una vita così nobilmente, e così proficuamente spesa per la scienza, in un laboratorio che fu tenuto sempre aperto alle correnti vivificatrici mosse da altri laboratorî affini e dalle cliniche, è degna della più sincera ammirazione e del più alto elogio. Il nome di A. v. Wassermann resta perennemente legato ad alcune delle più originali fra le moderne conquiste delle scienze biologiche.

Prof. D. DE BLASI.

Si è spento a Canicattì (Girgenti) il dott. comm. ANTONINO SCIASCIA, ideatore della fototerapia e di cui avemmo più volte a prospettare le benemerenze acquisite di fronte all'umanità.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riv. di Clin. Med., gen. — C. A. TORRIGIANI. Esame auricolare nei tumori dell'angolo ponto-cerebellare.

Riv. Oto-Neuro-Oftalmol., gen.-feb. — G. GALLIGARIS. Corrispondenze lontane delle linee iperestetiche del corpo. — F. MEZZATESTA. Alterazioni del n. ottico nelle lesioni dei seni. — G. FERRERI. Comportam. del labirinto poster. nell'ipertens. speriment. del liq. c.-rach.

Ann. di Ostetr. e Gin., 31 gen. — S. PATELLANI. Prolegomeni di eugenica sociale. — M. MASSAZZA. Tumori ovarici detti di Krunkenberg.

Journ. d. Praticiens, 14 feb. — N. FIESSINGER. L'orientaz. moderna della terapia.

Rev. españ. de Med. y Cir., feb. — A. E. COSTA. L'equilibrio acido-base del plasma sang.

Medic. Ital., gen. — L. GIUFFRÈ. Sulle temperature post-mortali.

Arch. Ital. di Urol., IV. — G. CATTANEO. Chirurgia conservativa del rene nella calcolosi della porzione pelvica dell'uretere. — M. NEGRO, H. BLANC. Minzione in due tempi nei diverticoli vescicali. — E. MINGAZZINI. Indicazioni, tecnica e risultati del pneumorene.

Clin. Pediatr., gen. — E. MENSI. Anemia cardiomegalica infantile.

Presse Méd., 31 gen. — A. CHAUFFARD e M. DEBRAY. Rapporti delle litiasi dei reni e della cistifellea. — L. BINET. Il fumo di tabacco è un veleno del cervello? — 7 feb. A.-B. MARFAN. Rachitismo e olio di fegato di merluzzo.

Arch. f. Sch.- u. Er.-Hyg., feb. — A. PLEHN. Osservazioni sulla malaria dei paralitici.

Endocrinology, nov. — W. TIMME. Rapporti fra endocrinologia clinica e sperimentale. — G. GOORMAGHTIGH. Gland. interstiz. e caratteri sessuali secondarî. — H. CHARÉTON e a. Azioni dell'estratto di glandola mammaria.

Buletinul Medico-Terapeutic, 1 feb. — D. MANTE. Vaccinoterapia nelle pneumopatie croniche.

Journal Am. Med. Assoc., 31 gen. — G. ROWNTREE. Studî sul morbo d'Addison. — F. L. MEÉNEY e Z.-D. DAU. Azione dell'acriflavina nella setticemia da streptoc. — G. FAHR. Cuore mixedematoso.

Annales Inst. Pasteur, gen. — G. RAMON. Le anatossine. — P.-L. CARRÈRE. L'immunità locale oculare.

Ann. d'Ig., dic. — G. SANARELLI. La mucosa delle prime vie aeree è permeab. ai microbi e ai loro proteidi.

Igiene Moderna, sett. — G. GARDENGHI. Depurazione microbica delle acque coi filtri sommersi.

Pediatr., 1 feb. — M. GARBASI. Patogenesi e diagnosi della febbre tifoide nell'infanzia.

Rev. Neurol., gen. — SOUQUES, LAFOURCADE e TERRIS. Vertebra d'avorio in un cancro metastasico della colonna verteb. — G. ROUSSY, G. LÉVY e F. BERTILLON. Ernisindrome cerebellare.

Clin. Med. Ital., III. — L. ALESTRA. Diagnosi funzion. del cuore. — R. VIVIANI. La gastreptosi.

Minerva Med., 31 gen. — G. MINERBI. Valorizzazione plessica della posizione di Pachon. — A. CECONI. Le cirrosi del fegato.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red resp.

Importantissimo:

Per gentile concessione della Casa Editrice, siamo in grado di offrire ai nostri abbonati il recentissimo magistrale lavoro del grande clinico

AUGUSTO MURRI **Nosologia e Psicologia**

Un volume in-8, di pag. XVI-208. -- In commercio L. **18.** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati sole L. **16,75** in porto franco.

Offriamo inoltre:

AUGUSTO MURRI **“Dei Medici futuri”**

Pressati da numerosissime ed incessanti insistenze, abbiamo fatta una nuova ristampa di questa magnifica monografia e vi abbiamo potuto aggiungere un recente **riuscitissimo ritratto** dell'Illustre uomo, in formato 15×19, su carta patinata.

È un'elegante brochure, di 47 pagine, della stessa ampiezza del «Policlinico». Costa L. **8** ma ai nostri abbonati è spedita per sole L. **6.50.** franca di porto.

AUGUSTO MURRI **“Saggio di perizie medico legali”**

per cura e con prefazione di ANTONIO GNUDI.

Seconda edizione aumentata. Volume in-8, di pag. XVI-272. L. **18.** — Per i nostri abbonati sole L. **16.75** in porto franco.

ALFREDO BACCELLI **“Mio Padre”**

Un volume in-16, di pagine 145, contenente brevi memorie e piccoli annedoti della vita del grande scomparso.

SOMMARIO: I. - **Ricordi di giovinezza.** — II. **Il Medico.** — III. - **Il maestro e lo scienziato.** — IV. - **L'oratore.** — V. - **Il Ministro dell'Istruzione.** — VI. - **Il Ministro dell'Agricoltura.** — VII. - **L'umanista e gli Scavi.** — VIII. - **I contemporanei.** — IX. - **Dio, Patria e Famiglia.** — X. - **L'amico del popolo e il Policlinico.** — XI. - **Ozi e svaghi.** — XII. - **Il placido tramonto.**

In commercio: prezzo L. **6** più le spese postali di spedizione raccomandata. Pei nostri abbonati sole L. **5.70** in porto franco.

Per una speciale concessione da noi ottenuta, siamo in grado di offrire ai sigg. abbonati del «Policlinico» per sole L. **41,75**, in porto franco, l'interessante pubblicazione del

Prof. LUIGI FERRANNINI della R. Università di Napoli

Manuale di SEMEIOLOGIA MEDICA, fisica e funzionale

(4ª edizione)

Volume in-8° di pag. XII-689 con 215 figure intercalate nel testo ed 1 tavola a colori, che trovasi in commercio a L. **45** più le spese postali di spedizione.

Abbiamo anche l'edizione rilegata in tela che costa L. **50** e che cediamo per L. **46.75.**

Intorno a questo volume ecco come si è espresso l'insigne maestro **Prof. ANTONIO CARDARELLI** nella sua lezione clinica del 6 giugno 1923:

«Questo precetto (a proposito dell'apice polmonare) che io vi ho dato, in talune Semeiotiche non lo troverete ben espresso. Ma in quel libro che io consulto spesso e che vorrei fra le mani di tutti i giovani, e che anzi ogni medico dovrebbe avere nella sua biblioteca, **in quel libro di Semeiotica che ha scritto Luigi Ferrannini troverete tutto bene esposto ed espresso. È un libro di Semeiotica perfettissimo, che ogni clinico dovrebbe possedere: Vi giuro sul mio onore che è un libro monumentale».**

Altre interessanti MONOGRAFIE, non di nostra edizione, che siamo in grado di offrire, con qualche agevolezza, ai signori abbonati al «Policlinico».

DIAGNOSI DEI PROTOZOI E DEI VERMI PARASSITI DELL'UOMO (R. W. Hegner e G. W. Cort) traduzione di F. Raffaele. Volume in 16° di pag. 82, con numerose figure in otto tavole intercalate nel testo. Prezzo L. 5. Per i nostri abbonati sole L. 4.50 in porto franco.

LE INDICAZIONI ATTUALI ALLA PROVOCAZIONE DELL'ABORTO (P. Gaifami). Volume in 16° di pag. 156. Prezzo L. 7.50. Per i nostri abbonati sole L. 6.90 in porto franco.

LE DEBOLEZZE DI COSTITUZIONE. *Introduzione alla Patologia costituzionale.* (N. Pende). Parte I. *Concetti generali.* Volume in 16° di pagine 136. Prezzo L. 7.50. Per i nostri abbonati sole L. 6.90 in porto franco.

— Id. Parte II. *Anomalie e debolezze costituzionali localizzate.* Volume in 16° di pag. 165. Prezzo L. 9. Per i nostri abbonati sole L. 8.30 in porto franco.

VEGETAZIONI ADENOIDI. ADENOIDISMO. (U. L. Torrini). Volume in 16° di pag. 92. Prezzo L. 6. Per i nostri abbonati sole L. 5.50 in porto franco.

LE AFASIE (G. Mingazzini). Volume in 16° di pag. 128, con figure intercalate nel testo. Prezzo L. 11. Per i nostri abbonati sole L. 9.90 in porto franco.

L'IMPORTANZA DELLE DIVERSE SPECIE DI RAGGI PER LA DIAGNOSI E PER LA CURA DELLA TUBERCOLOSI (R. Gassul). Traduzione di M. Barbàra. Un volume in 16° di pag. 128. Prezzo L. 8.80. Per i nostri abbonati sole L. 7.90 in porto franco.

LA TUBERCOLOSI GENITALE NELLA DONNA (E. Pestalozza). Volume in 16° di pag. 145, con una tavola a colori e 20 figure nel testo. Prezzo L. 16.50. Per i nostri abbonati sole L. 14.90 in porto franco.

IL LINFATISMO. *Rassegna di Patologia costituzionale.* (P. Benedetti). Volume in 16° di pag. 166. Prezzo L. 11. Per i nostri abbonati sole L. 9.90 in porto franco.

SULLO STATO ATTUALE DELLA PATOLOGIA E TERAPIA DELLA SIFILIDE (J. Kyrle). Traduzione di A. Busacca. Un volume in 16° di pagine 126. Prezzo L. 8.80. Per i nostri abbonati sole L. 7.90 in porto franco.

LE FORME PERIODICHE IN OTO-RINO-LARINGOIATRIA (G. Bilancioni). Un volume in 16° di pag. 122. Prezzo L. 9.90. Per i nostri abbonati sole L. 8.90 in porto franco.

Per ottenere quanto sopra, inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - Roma.

ANNO XXXII Roma, 4 Maggio 1925 Fasc. 18

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTIT. DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI ROMA, diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

Somministrazione orale di bromuri e visibilità radiologica della cistifellea.

Prof. GIUSEPPE SABATINI, primo aiuto.
Prof. EUGENIO MILANI
dirigente il Laboratorio radiologico della Clinica.

Da qualche anno uno di noi (Sabatini) studiando l'eliminazione delle sostanze medicamentose attraverso il fegato (1), notò fra l'altro, che il bromo è con particolare elettività eliminato dalla ghiandola epatica, sì che riscontrasi nella bile: ed essendo noto che questo alogeno è opaco ai raggi X, egli dedusse la possibilità di usare i sali di bromo per rendere opaca la bile e quindi visibile ai raggi X la cistifellea, quando ne sia ripiena.

Da questo concetto è derivato il metodo, che abbiamo da tempo in collaborazione sperimentato, e del quale ora riportiamo i primi risultati, i quali ci sembrano notevolmente lusinghieri ed incoraggianti.

Tanto più che questo nostro metodo, oltre la chiarezza, dei radiogrammi, che permettono la visibilità della cistifellea, offre i vantaggi di estrema semplicità, innocuità assoluta e nessun disturbo per il paziente.

(1) I risultati di questi studi saranno pubblicati prossimamente.

Ecco, in breve, la descrizione del metodo da noi eseguito.

Il soggetto, del quale si vuole esplorare radiologicamente la cistifellea, deve essere accuratamente preparato: a questa preparazione si annette grandissima importanza, poichè da essa dipende gran parte del buon risultato della successiva indagine.

A tale scopo il soggetto va tenuto, durante il giorno precedente, a dieta leggera: nella mattinata prenderà solo una minestrina e un uovo; alle ore 2 pomeridiane un purgante di olio di ricino (gr. 15-20); alle 17 una tazza di latte; e da questo momento *nessun alimento* (nemmeno l'acqua) deve essere più preso (altrimenti non si ha il riempimento della cistifellea); alle 21 si fa un clistere (gr. 500-800) di acqua salata tiepida per liberare bene il colon; fra le 2 e le 4 del mattino (a seconda dell'ora in cui si è deciso di fare la radiografia) si somministrano, tutti in una volta, 20 gr. di bromuro di sodio o di bromuro di stronzio in 100-120 gr. di acqua.

Sovente bastano 10-15 gr. di bromuro, in altri casi abbiamo somministrato 10 gr. a mezzanotte e 10 gr. alle 4 del mattino.

Le radiografie della cistifellea vengono fatte 5-8-12 ore dopo la somministrazione del bromuro.

Nell'eseguire le lastre abbiamo usato la seguente tecnica:

Posizione del malato bocconi, spalla e braccio destro leggermente rialzato; centro del tubo sul punto di mezzo della bisettrice dell'angolo formato dalla colonna vertebrale e dall'arcata costale; immobilità completa del paziente; pausa inspiratoria a respirazione superficiale; 4/10 o 5/10 di secondo, 50 MA, tubo a gas, film a doppia emulsione, fra due schermi.

La cistifellea appare alle volte già con la massima intensità nella lastra eseguita dopo 5 ore e non occorrono ulteriori pose, altre volte invece la eliminazione epatica del bromo e il riempimento della colecisti avviene più tardi e l'ombra cistica compare solo, o meglio nelle successive lastre: non deve apparire sulla lastra il colon disteso da gas; tutta la regione sottoepatica deve comparire perfettamente libera da ombre fecali.

È inutile ripetere che finchè si vogliono eseguire radiografie l'infermo deve astenersi dal prendere qualsiasi cibo liquido o solido, compresa l'acqua.

Con questo metodo noi siamo riusciti a mettere radiologicamente in evidenza la cistifellea nel 60 % circa degli individui sani e in oltre l'80 % degli individui malati di colicistite.

Migliorando la tecnica e usando speciali accorgimenti (diaframma Potter-Bucky) si dovrà certamente riuscire a radiografare la vescichetta biliare in tutti gli individui, salvo che in coloro, nei quali il dotto cistico è occluso.

Più di qualsiasi particolareggiata descrizione dei casi studiati valgono i clichés riportati.

Specialmente istruttivi sono stati quei casi nei quali la cistifellea, assolutamente invisibile nelle lastre eseguite prima della somministrazione del bromuro, diveniva visibilissima solo dopo detta somministrazione.

Quando esistano calcoli essi compaiono sulla lastra come macchie chiare, che lasciano riconoscere, dal contorno poliedrico, la loro faccettatura.

La grandezza, la posizione, i rapporti della colicisti divengono sempre apprezzabili.

Noi abbiamo in corso lo studio di numerosi malati per vedere, all'atto pratico, quali insegnamenti è capace di fornire alla clinica e alla diagnostica il metodo, che oggi descriviamo e ci stiamo anche occupando di controllare se la cistifellea, così resa visibile, si vuota effettivamente con l'istillazione duodenale di solfato di magnesio.

Abbiamo intanto voluto pubblicare i risultati finora ottenuti, prima di tutto per mettere a disposizione anche di altri studiosi un metodo, sul quale noi indaghiamo da molto tempo e che è di estrema facilità, semplicità e risparmia ai pazienti gli inconvenienti ed i pericoli delle tecniche messe recentemente in uso sempre allo scopo di rendere visibile radiologicamente la cistifellea e sopratutto quelle derivanti dal metodo di Graham, che adopera, la tetrabromofenolftaleina. A proposito di questo composto (che viene adoperato per via endovenosa e non ha nè l'estrema semplicità dell'uso, nè l'innocuità assoluta dei bromuri somministrati *per os*), noi riteniamo che esso in tanto rende visibile la cistifellea in quanto contiene *bromo*, che viene ad essere eliminato dal fegato; e quindi la riuscita dei radiogrammi della cistifellea per mezzo della tetrabromofenolftaleina è dovuta, secondo noi, al bromo, che passa nelle bile e non, come si ritiene, al radicale ftaleinico. I risultati del nostro metodo rendono indiscutibile questa interpretazione del processo di Graham.

In questo lavoro spettano al prof. Milani tutta la parte di tecnica radiologica, l'esecuzione e l'interpretazione delle radiografie.

Fig. 1. — Individuo normale. Radiografia della cistifellea dopo 4 ore dalla somministrazione di bromuro.

Fig. 2. — Stesso individuo: l'immagine della cistifellea appare chiaramente dopo 8-9 ore dalla somministrazione del bromuro.

Fig. 3. — Individuo normale. Radiografia all'VIII ora dopo somministrazione di bromuri (due volte).

Fig. 4. — Individuo normale. Immagine della cistifellea, radiografia dopo 9 ore dalla somministrazione di bromuri.

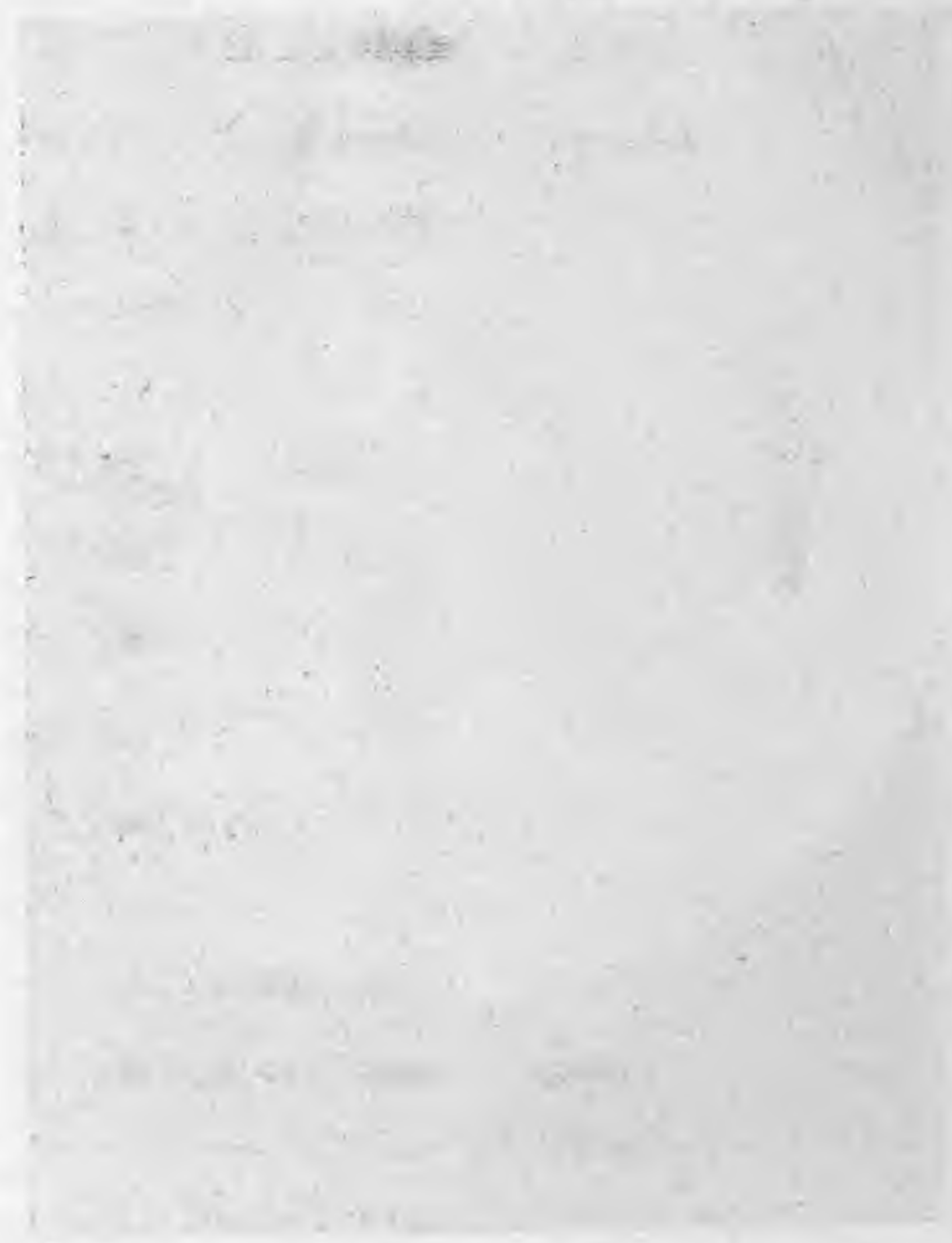
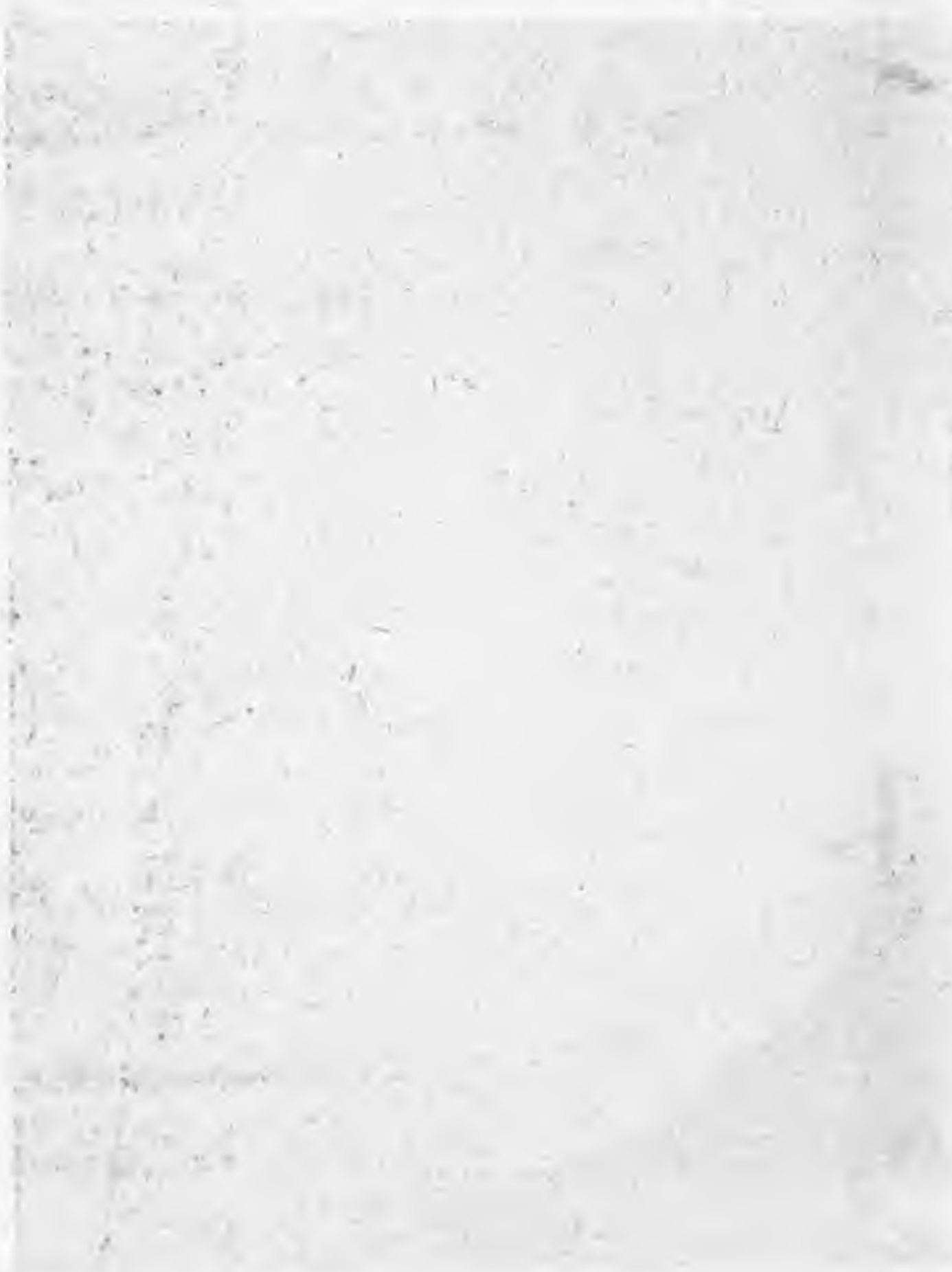
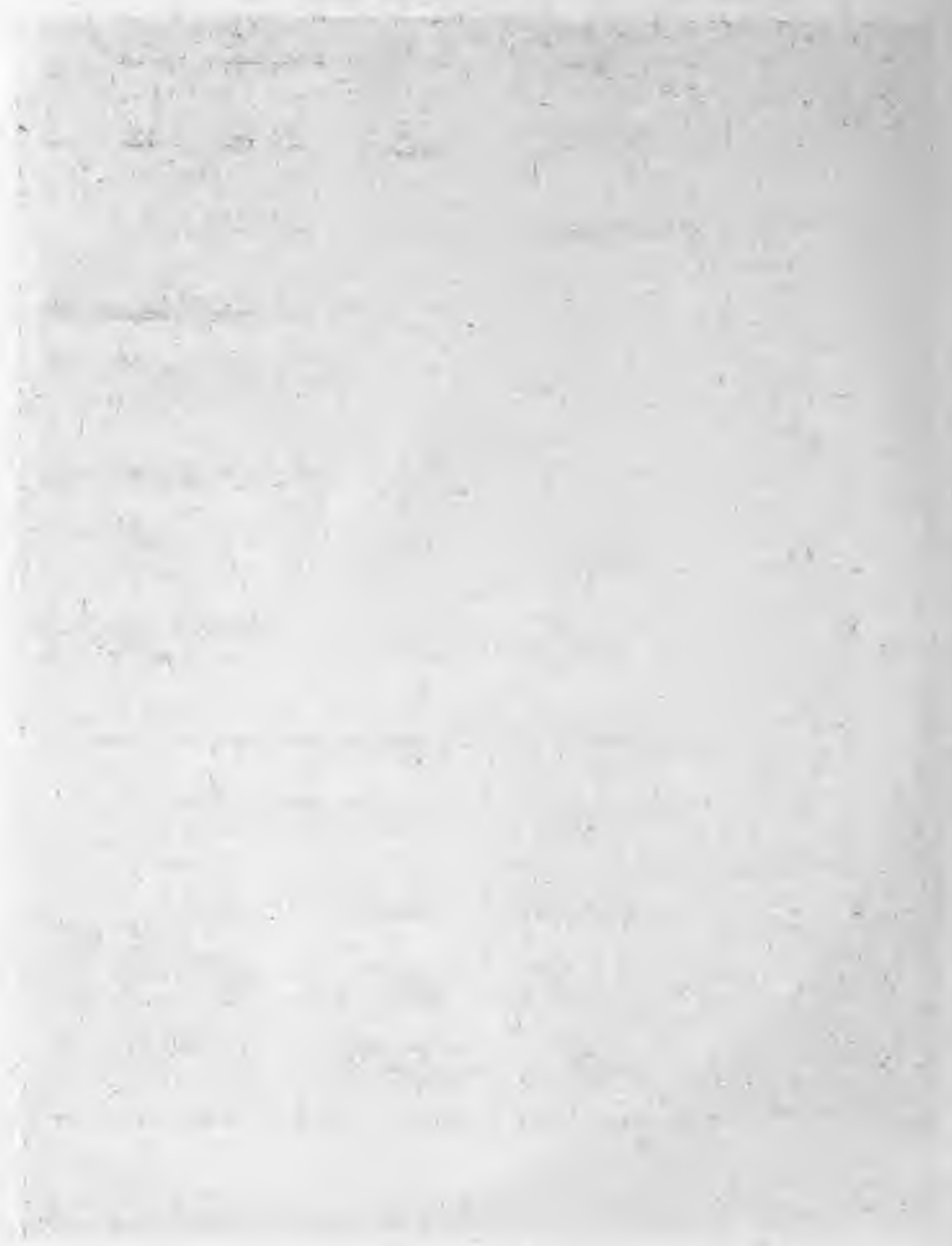
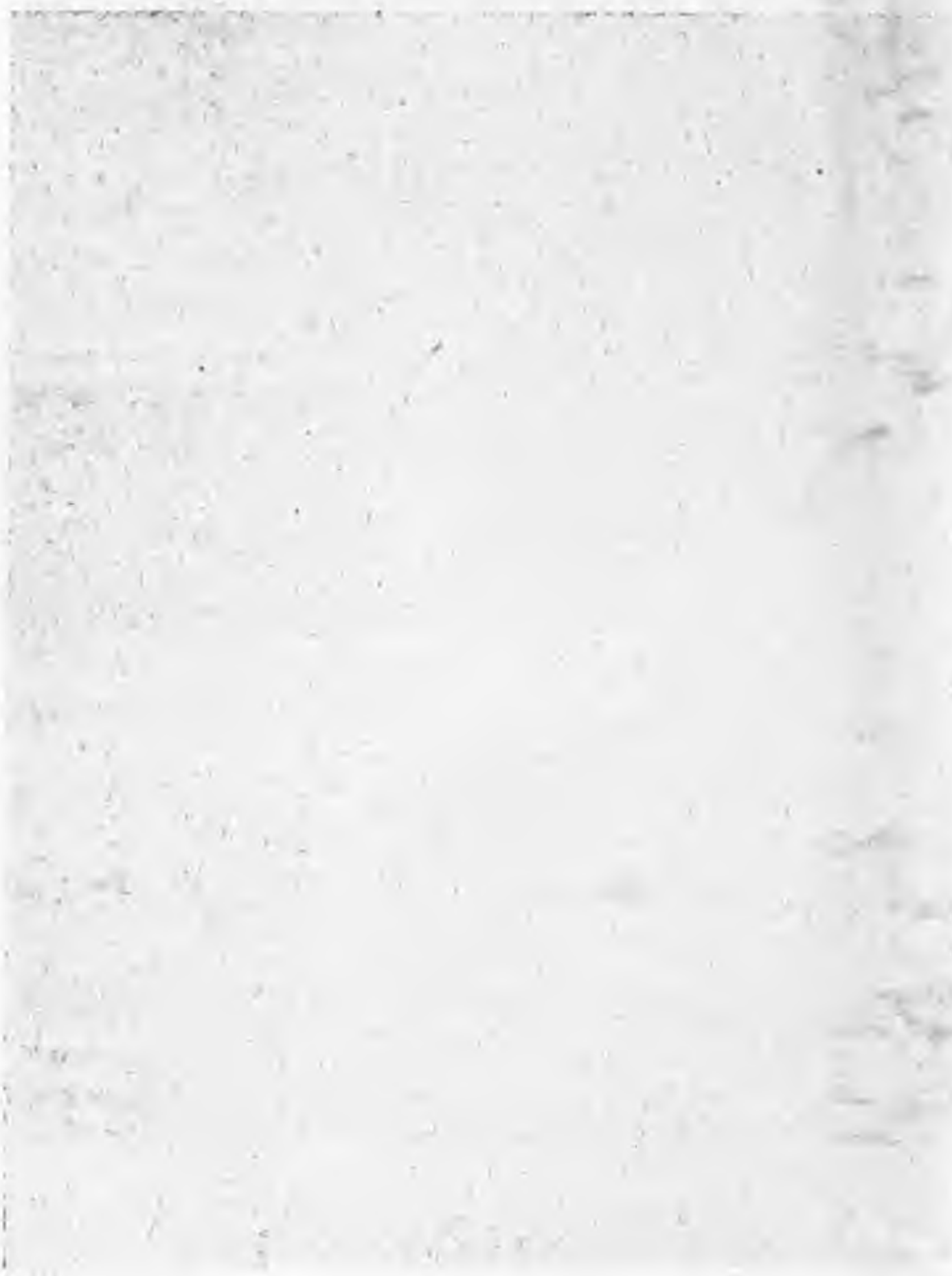



Fig. 5. — Colecistite calcolosa: immagine della cistifellea. Radiografia dopo la 10ª-12ª ora e dopo somministrazione di bromuri.

Fig. 6. — Colecistite calcolosa: la cistifellea invisibile in una precedente lastra appare nettamente dopo somministrazione di bromuri. Nella cistifellea appaiono ombre riferibili a calcoli.

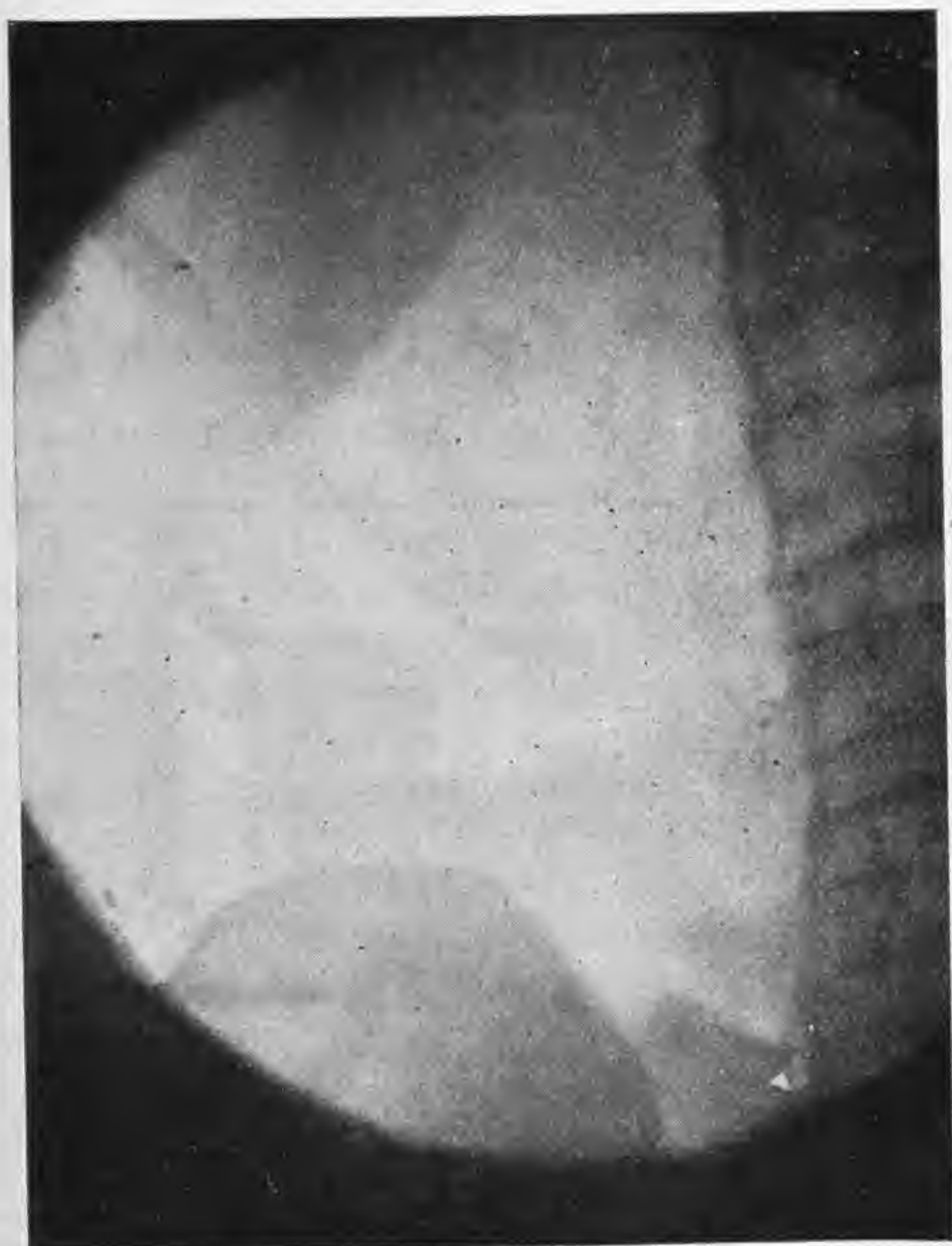



Fig. 7. — Donna con colecistite calcolosa e idrope intermittente della cistifellea: radiografia negativa prima della somministrazione di bromuri.

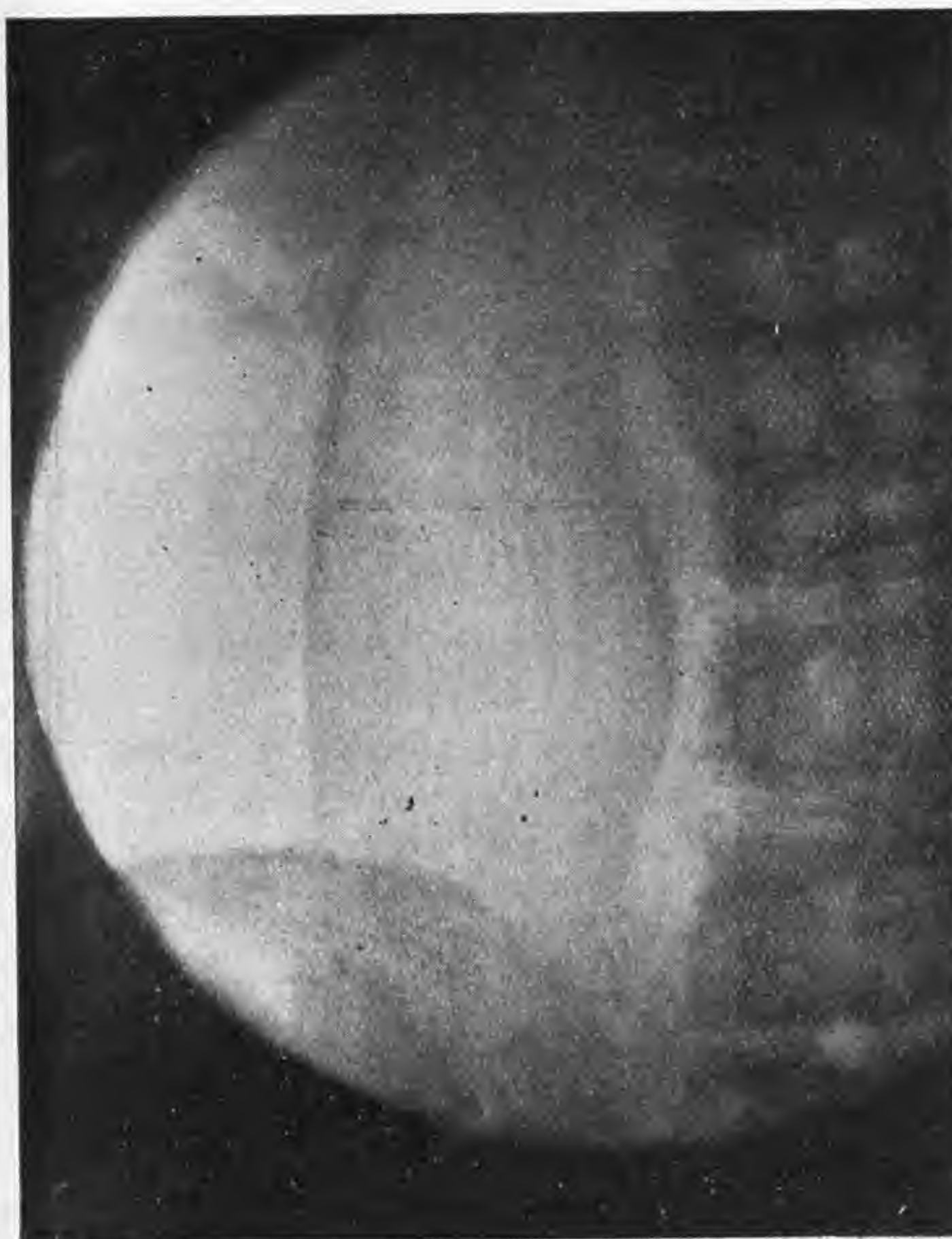
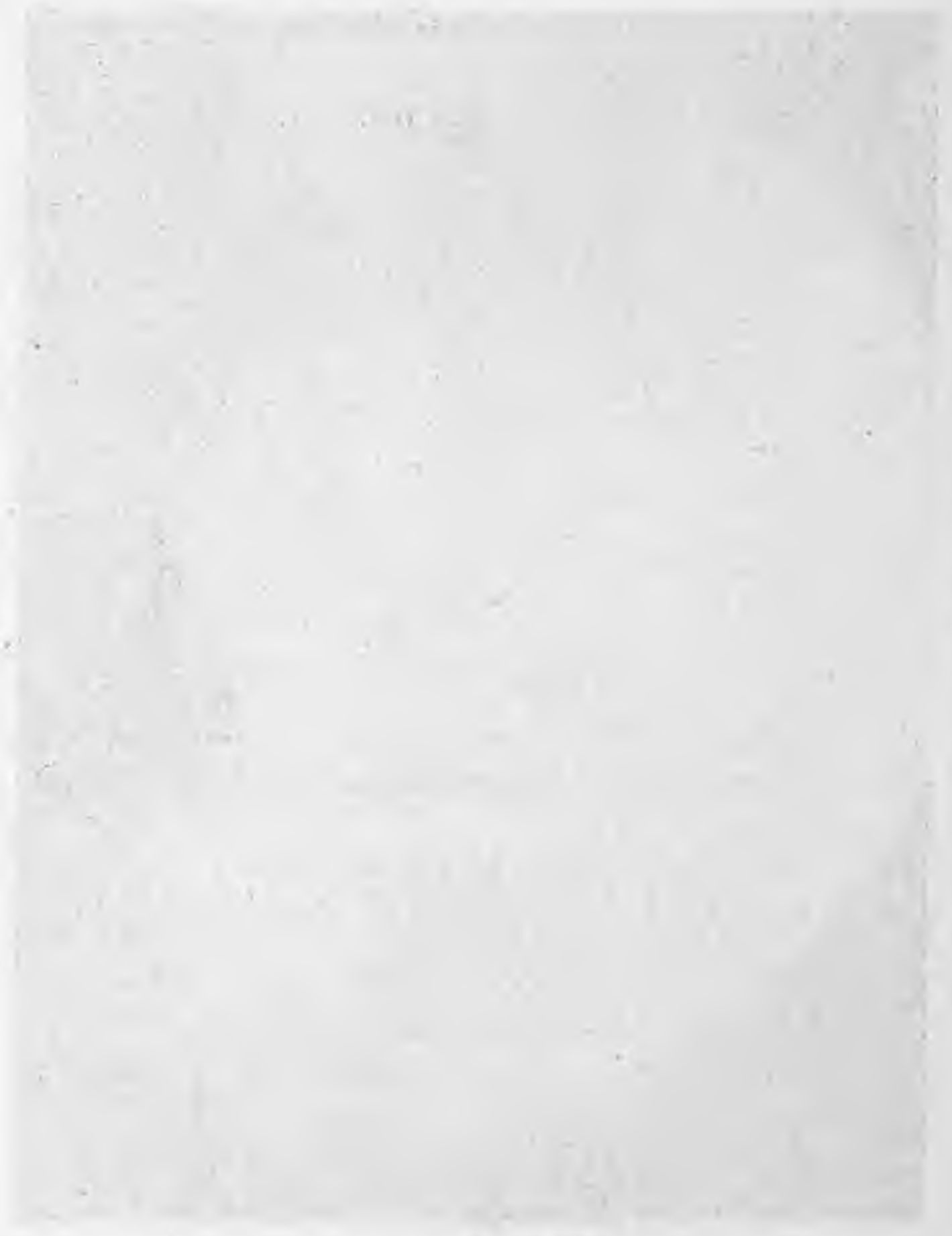
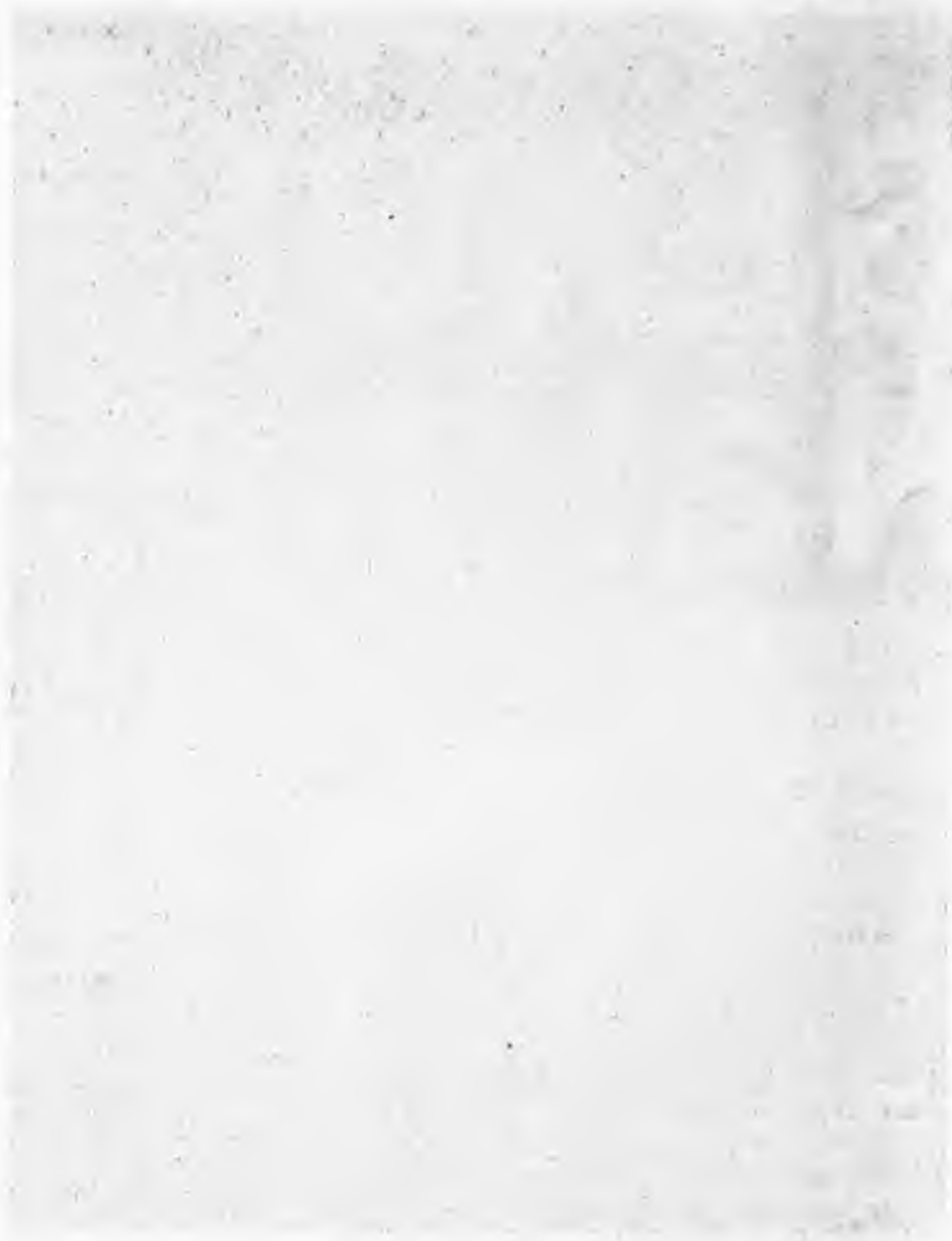



Fig. 8. — La stessa donna: la radiografia è stata eseguita dopo somministrazione ripetuta di bromuri per 2 giorni e per due volte nelle 24 ore. La cistifellea visibile sulla lastra corrispondeva alla cistifellea palpabile.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI RIUNITI DI S. GIMIGNANO.

Sul tetano postoperativo.

Dott. RENATO MOSTI, libero docente e chirurgo.

Il tetano postoperativo costituisce evidentemente un argomento non ancora del tutto esaurito, se alcuni autori, anche di recente, hanno creduto di occuparsene portando il contributo di nuove osservazioni.

Il lavoro pubblicato poco tempo fa dal Satta su questo argomento (Chirurgia degli organi di movimento, vol. VIII, fasc. 6) mi induce a rendere di pubblica ragione due casi che io ho potuto verificare fino ad ora nella mia pratica chirurgica, non foss'altro per suffragare maggiormente l'opinione di alcuni autori, secondo la quale il tetano postoperativo si verificherebbe colla massima frequenza dopo quegli interventi operativi che sono più facilmente esposti, sia per la loro natura sia per la loro sede, ad inquinamento fecale.

Siamo ben lontani oggi dalla frequenza con cui un tempo si verificava il tetano postoperativo; quelle cifre spaventose che allora si raggiungevano in qualunque servizio chirurgico ed anche nelle mani dei più abili operatori, non sono certo comparabili con quelle esigue percentuali che oggi si riscontrano anche conglobando le grandi statistiche dei più importanti centri chirurgici.

Ma è certo che, sebbene notevolmente diminuito di frequenza, esso permane pur oggi, nonostante gli immensi progressi raggiunti dall'antisepsi e dall'asepsi. Queste hanno certamente eliminato il tetano postoperativo dovuto a cause esogene, che invece un tempo erano le maggiori responsabili dell'infezione, ma poco o niente hanno potuto contro le cause endogene: ciò spiega fino ad un certo punto perchè il tetano postoperativo si verifica tuttora, per quanto la esclusiva sua attuale origine endogena ne abbia diminuito enormemente la frequenza.

Io intendo qui riferirmi soltanto a quella forma di tetano che sussegue ad interventi operativi asettici praticati su tessuti integri, e non a quella che può verificarsi dopo operazioni richieste da traumi o da postumi di traumi che abbiano comunque aperto una porta d'entrata all'infezione.

Anche in questi casi, è il chirurgo che agendo o sulla ferita o sulla cicatrice o nelle regioni limitrofe od anche a distanza dal primitivo focolaio traumatico, determina coll'intervento operatorio o con manualità ancora più semplici quali la medicatura o i massaggi troppo violenti o i tentativi di ripristinare la funzione di una articolazione immobilizzata dall'inerzia, lo scoppio della fenomenologia tetanica. Anche per questi casi si parla di tetano post-operatorio, ma impropriamente, dovendo invece tale denominazione essere riservata solo a quel tetano che si sviluppa a seguito di operazioni alle quali non sia preesistita alcuna azione traumatica capace di fornire al bacillo tetanico alcuna porta d'ingresso.

Ristretto così il concetto di tetano post-operativo, vediamo un po' a quali cause esso può verosimilmente attribuirsi. Anzitutto può essere, come già accennai, di natura esogena, cioè può essere dovuto ad un inquinamento da materiale infetto e mani impure. Oggi però questa causa credo che non si debba verificare che rarissimamente, almeno nei servizi chirurgici ben organizzati, perchè tanto le mani dell'operatore e degli assistenti quanto il materiale di medicazione e di sutura, cogli attuali metodi di antisepsi e di asepsi, non possono ritenersi quasi mai responsabili di una eventuale infezione tetanica. Se così non fosse, come ci potremmo spiegare la grande rarità del tetano postoperativo, tanto che Wohlgemuth nella letteratura degli ultimi 25 anni non ne ha potuti raccogliere che 27 casi soltanto? E come ci potremo rendere ragione dell'altro fatto che, per quei chirurghi che hanno avuto l'eventualità di osservarlo, esso rappresenta quasi sempre un caso isolato, in mezzo a numerosissimi interventi, pur rimanendo invariati sia la preparazione degli operandi sia il materiale adoperato ed il personale addetto alla sala operatoria?

Esclusa così nella quasi totalità dei casi la causa esogena, si deve arguire che la sorgente dell'infezione sia insita nell'organismo.

Si sa che spesso (nel 5 % dei casi, secondo Pizzini), le feci umane contengono dei bacilli tetanici. Ora, quando si opera sul tubo intestinale, oppure quando l'intervento si svolge in una regione nella quale può verificarsi, durante o dopo l'atto operativo, l'inquinamento delle ferite chirurgiche con materiale fecale (per es., nelle operazioni sul perineo), si capisce come i bacilli tetanici, eventualmente contenuti nelle feci, possono contaminare le ferite stesse e dar luogo poi alla infezione tetanica. Che ciò debba avvenire in realtà lo si deduce dal fatto che il tetano insorge, nella grande maggioranza dei casi, dopo quelle operazioni nelle quali l'intestino viene in un certo modo leso o le ferite operatorie possono facilmente essere inquinate con le feci.

Invece dopo gli interventi sul cranio, sul torace e sulle estremità il tetano è addirittura eccezio-

nale; anzi il Wohlgemuth ritiene addirittura che il tetano dopo questi interventi non si è mai verificato, essendo esso senza eccezione una complicanza delle operazioni addominali.

Ma che questa affermazione, almeno per quanto riguarda gl'interventi sugli arti inferiori, sia inesatta lo dimostrano i tre casi di tetano postoperativo pubblicati dal Satta, verificatisi nel decorso di interventi correttivi di deformità del piede.

Stando così le cose, quale può essere la sorgente dell'infezione, quando non si verifichi in modo assoluto l'inquinamento delle ferite operatorie da parte delle feci? In questi casi l'infezione non può provenire che da germi rimasti annidati e latenti negli strati profondi della cute e del sottocutaneo, e ivi penetrati attraverso a lesioni di continuo più o meno remote e passate magari inosservate.

Non è questa una spiegazione arbitraria, perchè si sa, dalle ricerche del Tarozzi, che le spore tetaniche possono vivere per molto tempo allo stato latente nell'organismo animale e, sotto l'influenza di cause traumatizzanti e necrotizzanti, possono risvegliare una infezione tetanica.

Perchè dunque si verifichi il tetano postoperativo in seguito ad interventi sul capo, sul torace o sugli arti, durante o dopo i quali quindi non può accadere alcun inquinamento delle ferite chirurgiche da parte del contenuto intestinale, è necessario che siano preesistite delle lesioni di continuo, di natura traumatica oppure di natura settica o distrofica, attraverso le quali possono penetrare e sporificare i germi del tetano. La teoria del microbismo latente ci spiega poi come l'infezione tetanica possa manifestarsi, anche a distanza di molto tempo, in seguito ad un intervento chirurgico.

Comunque, anche il tetano postoperativo ha una prognosi gravissima; esso, nella maggior parte dei casi, conduce a morte gli operati. Per cui, anche in questa forma di tetano, ha molta importanza il problema della profilassi. Se noi, scrive giustamente il Satta, sottoponiamo alla profilassi antitetanica ogni traumatizzato delle parti molli e dello scheletro (ferite esposte), perchè non dovremo, date le attuali conoscenze sui tetani tardivi e su quelli postoperativi, profilassare anche gli operandi degli arti inferiori, e più particolarmente quelli affetti da lesioni trofiche pregresse sviluppatesi su arti paralitici o paretici o comunque ipotrofici? Tanto più se si tratta di lavoratori della terra, esposti, più degli altri, al pericolo della infezione tetanica?

Profilassi, aggiungo io, che sarebbe opportuno non trascurare anche in quei casi che devono essere sottoposti ad intervento addominale od extraddominale, quando l'intestino venga necessariamente aperto o quando le ferite operatorie corrono il rischio, per la loro vicinanza, ad es., all'apertura anale, di essere inquinate colle feci.

Ammaestrato dalla dolorosa esperienza dei miei due casi, per conto mio non tralascerò da ora innanzi di adottare questa provvida misura profilattica.

Espongo ora in succinto i due casi di mia osservazione molto dimostrativi per quanto riguarda l'origine fecale del tetano postoperativo.

CASO I. — Questo primo caso si riferisce ad un vecchio di 61 anni che in una sera del maggio 1918 mi fu inviato per ernia inguinale strozzata all'Ospedale Civile di Camposampiero, dove mi trovavo a prestar servizio per ordine dell'autorità militare. Lo strozzamento datava da più di 24 ore. V'era chiusura completa dell'alvo e vomito fecaloide. L'ernia era voluminosissima, inguino-scrotale destra, dura, dolente, irriducibile. Non mi indugiai molto nel taxis perchè questo era stato già praticato a domicilio insistentemente ed inutilmente. Poichè le condizioni generali e quelle del polso in particolare erano sempre discrete, mi decisi ad intervenire subito in anestesia locale.

Nel sacco era contenuta una lunga ansa del tenue ormai gangrenata. Sbrigliato il colletto del sacco e prolungata in alto l'incisione inguinale (ernio-laparotomia) resecai tutto il tratto di intestino necrotico, circa 50 cm., e ne ristabilii la continuità con un'enteroanastomosi termino-terminale. Chiusi parzialmente, lasciando un drenaggio tubulare.

Il decorso fu veramente ideale; tolsi il drenaggio in 4ª giornata ed in 8ª spuntai. Al decimo giorno, quando tutto volgeva al bene, comparve trisma e rigidità del collo. Sospettata una infezione tetanica, praticai subito un'energica cura sieroterapica endorachidea. Ma le condizioni del malato si fecero via via sempre più gravi; aumentò il trisma, la rigidità si estese a tutti i muscoli del dorso, comparvero opistotono ed accessi convulsivi e dopo due giorni il malato soccombette.

CASO II. — Questo caso riguarda una giovane donna, certa M. P., di anni 31, contadina. Fu accolta in Ospedale per cistocele di alto grado complicato da cistite. La operai di colpoperineorrafia e nello stesso giorno fu iniziato il trattamento della cistite con lavande vescicali.

Nonostante la somministrazione di oppio, che io uso sempre prescrivere dopo questo intervento allo scopo di impedire per qualche giorno la defecazione, in 3ª giornata ebbe una abbondante scarica alvina; la ferita chirurgica rimase così imbrattata di feci: nondimeno si ebbe guarigione per prima.

In 14ª giornata comparvero i primi segni di una infezione tetanica: trisma e rigidità dei muscoli della nuca. Intrapresi subito la cura con abbondanti dosi di siero antitetanico curativo, somministrandolo, questa volta, non solo per via endorachidea ma anche per via endovenosa, e associandolo con iniezioni sottocutanee di acido fenico. Dopo dieci giorni di siffatta cura inten-

siva, durante i quali furono somministrati più di 300 cmc. di siero, ebbi ragione dell'infezione e dopo un mese l'ammalata potè lasciare, guarita, l'Ospedale.

In ambedue i casi si ebbe sicuramente un inquinamento della ferita chirurgica con materiale fecale; è logico quindi ammettere che l'infezione tetanica sopravvenuta nei due operati sia stata originata da bacilli del tetano casualmente contenuti nelle feci. E questa è appunto la causa più frequente del tetano postoperativo.

Il secondo caso poi è molto istruttivo dal lato terapeutico. Da esso infatti si possono trarre le seguenti deduzioni pratiche:

a) la cura del tetano va iniziata molto precocemente, appena si siano stabiliti i primi segni della infezione;

b) perchè possa avere la massima probabilità di riuscire efficace, la cura deve essere praticata con dosi massive di siero ad alto potere immunizzante;

c) la somministrazione del siero va fatta non solo per via endorachidea, ma contemporaneamente anche per via endovenosa;

d) è utile associare alla sieroterapia anche le iniezioni di acido fenico, secondo il metodo Baccelli.

OSPEDALE CIVILE DI MENFI.

Un caso di tetano in operato di resezione del ginocchio, guarito colla cura Baccelli.

Dott. SANTI BIVONA, direttore.

Dopo la scoperta del bacillo del tetano fatta dal Nicolaier, per gli studi che dimostrarono essere gli effetti deleterii dell'infezione dovuti ad un'intossicazione della tetano-tossina, veleno fabbricato dal microbo specifico pullulante nell'organismo infetto, alla cura sedativa sintomatica, che solo allora veniva praticata in aggiunta da Tizzoni e Behring fu fabbricato e raccomandato il siero antitetanico e dal Baccelli fu indicato l'acido fenico.

L'esperienza ha dimostrato che tanto il siero antitetanico che l'acido fenico non hanno azione diretta, specifica sull'infezione tetanica, ma esercitano un'azione antitossica benefica. Ha dimostrato ancora avere il siero antitetanico una benefica azione profilattica, ma limitatissima utilità curativa sulla malattia sviluppata, specialmente quando l'infezione abbia assunto una certa gravezza. Al contrario la cura Baccelli, con le iniezioni di soluzione di acido fenico adoperate con insistenza e con dosi proporzionali all'intensità dell'infezione, nella massima parte dei casi trattati con essa, ha dato risultati favorevoli. La numerosa casistica pubblicata nei giornali medici e specialmente nella Sezione pratica del *Policlinico* di qualche lustro addietro, è sommamente confortante pel grande numero di guarigioni ottenute coll'uso del geniale metodo curativo del grande Clinico di Roma.

In una recensione di terapia pubblicata a pagina 53 dell'anno 1910 di questo giornale si afferma: «mentre prima dell'uso dell'acido fenico si avevano l'80 o il 90 per cento di morti, ora con le iniezioni d'acido fenico la mortalità è invertita ».

E se da parte di trattatisti stranieri s'ignora la cura Baccelli nel tetano, ciò non deve fare meraviglia, perchè, si sa purtroppo, le cose nostre sono sconosciute, o si finge di sconoscerle, fuori d'Italia, ma essa non dovrebbe essere sconosciuta nè ignorata dai sanitari italiani. Disgraziatamente non sempre le glorie nostre sono tenute nel giusto loro valore, e con un senso di pena leggesi in apprezzata rivista medica italiana un'ampia esposizione di cura del tetano, senza che si sia fatto cenno alcuno alla cura Baccelli!

Credo pertanto utile pubblicare il seguente caso clinico, interessante anche per altre ragioni, nel quale l'uso dell'acido fenico segna un'altra vittoria sull'infezione tetanica sviluppatasi dopo una resezione articolare del ginocchio.

S. C., da Ribera, di anni 20, di statura piuttosto bassa, con buono sviluppo del pannicolo adiposo e delle masse muscolari, nel 1915 cominciò a soffrire d'ingrossamento al ginocchio sinistro, dolentissimo alla pressione. Questa affezione morbosa, difficoltando i movimenti articolari, divenuti discretamente dolorosi, spinse la famiglia a ricorrere al mio consiglio.

Fu diagnosticata una ostio-artrite tubercolare, furono consigliati i bagni di mare e le iniezioni iodiche alla Durante. Questa cura migliorò notevolmente la gonartrite, tanto che la famiglia la credè guarita. Ma nel 1916 il ginocchio ricominciò a gonfiarsi e ricomparvero i sintomi dolorosi nei movimenti articolari. Questa volta i bagni di mare e le iniezioni iodiche, con l'aggiunzione dell'immobilità articolare, non apportarono miglioramento marcato e la malattia, venuto l'inverno, andò gradatamente aggravandosi al punto di rendere quasi impossibile la deambulazione, pei forti dolori cagionati.

Il 28 aprile 1917 fu praticata da me la resezione articolare. Furono trovati due nuclei di osteite tubercolare nei condili del femore con discreta invasione del processo morboso nell'articolazione. Furono asportate l'estremità dei due condili femorali ed i tessuti articolari ammalati, ed avvivate le parti articolari della rotula e della tibia.

L'esito operatorio fu favorevolissimo, essendosi ottenuta la guarigione per prima intenzione. Fu applicato un apparecchio gessato per dare la necessaria immobilità, onde favorire l'aderenza ossea ed il suo consolidamento.

Il S. ritornò al suo paese, con la raccomandazione alla madre di fare tenere il più lungamente possibile l'apparecchio d'immobilizzazione.

Ma pare che questa immobilizzazione non fosse stata fatta, per un periodo sufficiente a rendere solida l'aderenza ossea, perchè il S., dopo circa otto mesi, cominciò ad avvertire che la gamba, la quale prima si trovava in perfetta estensione, aveva subito una flessione. Questa flessione lentissimamente andò crescendo, in modo che nel periodo di circa due anni divenne molto spinta, rendendo difficilissima la deambulazione.

In aprile 1923 venne egli nuovamente a chiedere i miei consigli per avere nel miglior modo corretta quella deformità, che lo rendeva quasi invalido ai lavori di campagna.

Nella sua famiglia non vi sono stati casi di malattie tubercolari, sia di organi interni sia di forme localizzate ossee, articolari, glandulari-linfatiche, cutanee. Il S., basso di statura, tarchiato, robusto, ha colorito bruno, pannicolo adiposo e masse muscolari discretamente bene sviluppate. Nessuna lesione si riscontra negli organi interni.

La gamba sinistra trovasi in flessione troppo spinta, formando colla coscia un angolo di 22° ed essendo il femore e la tibia uniti con validissima anchilosi ossea. Questa posizione rende assai difficile la deambulazione, facendo subire considerevoli oscillazioni al tronco, il quale si abbassa e piega grandissimamente quando l'appoggio si fa sull'arto anchilosato e viceversa si rialza abbastanza quando vien fatto sull'arto sano.

Consigliata una novella resezione per mettere in giusta posizione la gamba, ed accolto il mio consiglio dalla famiglia, il 28 aprile, previa cloroformizzazione dell'operando, e disinfezione dell'arto, metodicamente fatta con spazzola e sapone, con alcool e con pennellature finali di tintura di iodio, applicata la fascia d'Esmark, con incisione trasversale tagliai i tessuti fino alle ossa saldate, con anchilosi angolare. Segai questa e feci la tenotomia dei tendini dei muscoli flessorii della gamba: semimembranoso, semitendinoso e bicipite femorale. Per fare combaciare le due superfici ossee fu necessario asportare, mediante la sega e lo scalpello, cunei ossei al femore ed alla tibia. Per mettere in estensione la gamba dovetti, con forti trazioni, vincere la resistenza dei tessuti della parte posteriore dalla regione, la qual cosa determinò lacerazione in discreta estensione della pelle della regione poplitea.

Tolto il laccio d'Esmark si verificò una molesta emorragia, che bisognò arrestare collo zaffamento. Suturai la pelle nella parte lacerata con accurata plastica; suturai i lembi dell'incisione, lasciando due aperture, una all'indentro e l'altra all'esterno, per rimuovere lo zaffo fatto all'indietro degli estremi ossei, e fasciai, mettendo una larga stecca in basso, per mantenere l'arto in una stabile posizione.

Lo zaffo che aveva arrestato l'emorragia fu rimosso il terzo giorno. La sutura della pelle del cavo popliteo, meno in due piccoli punti, aderì per prima intenzione, ma al contrario l'adesione dell'incisione operatoria da me fatta non avvenne.

La ferita rimasta, per tale evenienza, aperta, spogliandosi dei detriti dei tessuti, si coperse di granulazioni. La guarigione per seconda intenzione era avviata da per tutto ottimamente, quando il 1° maggio, circa due centimetri indietro dell'estremità interna della ferita, comparve una tumefazione circoscritta, dolente, la quale, aumentata alquanto di volume nei due giorni seguenti, fu da me incisa, venendone fuori una piccola quantità di un liquido puriforme.

L'indomani l'infermo accusò una certa difficoltà alla deglutizione. Nel giorno seguente, continuando la difficoltà suddetta, comparvero contrazioni spaziate e leggiere all'arto operato ed insonnia, sintomi che aumentarono d'intensità nel giorno seguente. Questi strani sintomi mi fecero dubitare che fossero dovuti ad infezione tetanica.

Senza attendere la conferma batteriologica, data la gravezza della malattia diagnosticata per tetano, il 5 maggio praticai l'iniezione di 20 centimetri cubi di siero antitetanico e cominciai la cura coll'acido fenico consigliata dal Baccelli, che io aveva sperimentato ottima in un caso da me curato alquanti anni prima (1).

Per ottenere il riposo fu dato a larghe dosi l'idrato di cloralio. Avrei voluto colla cura Baccelli continuare le iniezioni di siero antitetanico, ma il non aver trovato altri tubi di siero nelle locali farmacie, mi fece continuare la cura coll'acido fenico solamente.

I sintomi tetanici gradatamente andavano aumentando: le contrazioni dell'arto sinistro furono più intense e più avvicinate; per un paio di giorni ci fu anche epistotono. Per calmare i dolori cagionati dalle contrazioni muscolari si fecero delle iniezioni di morfina. Per vincere l'insonnia occorrevano da 10 a 12 grammi di cloralio al giorno con uguale quantità di bromuro di potassio.

Il primo giorno di cura la quantità di acido fenico iniettata fu di centigrammi 10, dose che fu elevata a centig. 15 il secondo giorno (6 maggio), a centigr. 20 il 3° giorno di cura (7 maggio), a 30 centigr. il 4° giorno, a 40 il 5° e nei giorni seguenti fino al 26 detto mese.

Con l'uso di questa dose i sintomi tetanici dapprima ebbero una frenata e poi cominciarono a decrescere gradatamente. Ma essendosi il miglioramento fermato il 30 credei prudente aumentare la dose dell'acido fenico a centigr. 60, e tale la mantenni per altri tre giorni.

Avendo ciò prodotto un notevole miglioramento nei sintomi, credei giunto il tempo di gradatamente diminuire la dose dell'acido fenico, fino al giorno 10 giugno in cui, per la completa scomparsa dei sintomi tetanici, fu smesso del tutto il suo uso.

Durante questo periodo di malattia e di ansie la ferita granulante andò man mano colmandosi e restringendosi, e l'infermo il 20 giugno era del tutto guarito.

Fu applicato un apparecchio gessato per tenere la gamba nella giusta posizione e, con la viva raccomandazione di tenere l'apparecchio a posto per molti mesi, l'infermo fu dimesso il 22 giugno e fece ritorno al suo paese.

Il caso clinico è interessante per l'anchilosi angolare prodottasi consecutivamente alla resezione del ginocchio, per la infezione tetanica soprav-

(1) Dott. S. BIVONA. *Un caso di tetano guarito con la cura Baccelli.* Policlinico, Sezione pratica, anno 1905.

venuta, per il risultato favorevole dato dalla cura Baccelli.

In conseguenza della resezione del ginocchio si produsse un'anchilosi delle due ossa dell'arto. Per circa otto mesi la gamba rimase diritta, in seguito cominciò lentamente a piegare, la qual cosa fa giustamente supporre che l'aderenza ossea non era ancora avvenuta e l'azione dei muscoli flessori semimembranoso, semitendinoso, e bicipite femorale, non controbilanciata dall'azione antagonista del tricipite, lentamente abbia portato la gamba nella flessione spinta. Il tendine del tricipite femorale s'inserisce alla parte superiore della rotula e si prolunga col tendine tibio rutulico. Per l'incisione da me fatta per la resezione del ginocchio, questo tendine fu tagliato. La superficie articolare della rotula resecata su quest'osso lasciato in sito per essere incorporata nell'anchilosi articolare. Ma essa invece di contrarre solide aderenze con entrambe le ossa (femore e tibia) dell'arto aderì solo con quello della coscia, restando unita alla tibia con tessuto connettivale. Si comprende pertanto che l'azione dei flessori della gamba non sia stata controbilanciata da quella antagonista del tricipite femorale, e, data l'adesione connettivale non ancora ossificata, si sia prodotta la deviazione angolare, accresciuta dal peso del corpo, che nella deambulazione grandemente favoriva la flessione della gamba sulla coscia.

Quando questa deviazione divenne molto spinta e stabile si produsse il lento lavorio di ossificazione, che rese l'anchilosi definitivamente ossea, ed il lungo tempo trascorso, circa 5 anni, spiega benissimo che essa sia divenuta validissima.

In corso di cicatrizzazione della seconda resezione si sviluppò l'infezione tetanica diagnosticata in primo tempo dai sintomi nervosi insorti e successivamente dall'esame batteriologico dell'essudato dell'ascessolino manifestatosi nella parte posteriore della regione, dopo 15 giorni dall'operazione e che fu inciso. Il determinare il modo come sia venuta l'infezione riesce difficile cosa.

Gli strumenti e gli oggetti di medicatura, come per tutte le operazioni che si facevano nell'Ospedale, mancando una sterilizzatrice, erano stati sottoposti ad una temperatura di 100°, il catgut adoperato proveniva dalla fabbrica torinese Rognone, la disinfezione della regione era stata fatta con la massima accuratezza, con sapone e spazzola prima, con larghi lavaggi di alcool denaturato successivamente, e con larghe pennellazioni di tintura di iodio in fine. Il tamponamento per arrestare l'emorragia fu fatto con garza sterile. Le medicature successive furono fatte colla massima accuratezza. Ciò non ostante comparve l'ascessolino nella parte posteriore della regione in un punto che sembrava stare al di sopra del piano intaccato dagli strumenti (1).

Nell'Ospedale non ci erano stati mai ricoverati e curati infermi di tetano, nel paese da oltre quattro anni non c'erano casi di simile infezione, la quale, per informazioni assunte con veterinari del luogo, era mancata ancora presso i solipedi (cavalli, muli, asini).

L'infermo era un lavoratore della terra, e si sa che il bacillo di Nicolaier si trova spesso nella stessa, per cui le ferite imbrattate di terra presentano una possibilità di servire come porta d'entrata al germe tetanico. Ma nessuna lesione, anche piccola, era stata constatata in precedenza che avesse potuto spiegare lo inquinamento precesso.

In qualunque modo, sia per difetto di disinfezione, sia per difetto di medicatura, catgut, garza, ecc., sia per contaminazione precessa, l'infezione tetanica esplose e mise la vita del S. in pericolo.

Come superiormente feci cenno io avrei voluto curare l'insorta infezione tetanica usando contemporaneamente il siero antitetanico e l'acido fenico. Il siero antitetanico ha più potere preventivo che curativo. Non voleva limitare al suo solo uso la cura dell'infermo, ma la mancanza della quantità di siero da adoperare mi spinse a fare la semplice cura Baccelli, della quale io avevo sperimentato l'efficacia nel caso clinico da me pubblicato nella Sezione pratica del *Policlinico* del 1905 sopra citato.

Efficaci riuscirono le iniezioni della soluzione di acido fenico, ripetute ogni quattro ore, con l'aumento della dose, come si è potuto rilevare nel caso clinico superiormente descritto. Con l'aumento della dose a giornalieri centigr. 40 di acido fenico avvenne un miglioramento, che divenne rapidamente progressivo, quando la dose del farmaco fu portata a quotidiani centigr. sessanta.

L'acido fenico non ha azione antibatterica disinfettante l'organismo infermo, ma ha certamente un effetto antitossico evidentissimo. La quantità necessaria a produrre un tale risultato benefico deve essere proporzionale alla quantità di tetano-tossina circolante nel sangue ed impregnante l'organismo infetto.

Nei casi lievi bastano piccole dosi dello stesso, mentre nei casi gravissimi bisogna raggiun-

---

(1) Il SATTA riferisce ne *La Chirurgia degli organi del movimento*, fasc. 6, agosto 1924, tre casi, in cui attribuisce l'origine del tetano a focolai profondi, in cui il germe infettivo sia penetrato da ulcerazioni in precedenza inquinate.

gere quantità elevatissime, come nel caso mio superiormente cennato in cui dovetti arrivare alla dose di un grammo al giorno senza avere affatto avuto disturbo alcuno d'intolleranza per la somministrazione di un tale farmaco.

Nei casi gravissimi di infezione tetanica certamente l'efficacia dell'acido fenico è limitatissima, come nei casi leggerissimi ogni cura può dare la guarigione.

Ma nelle forme gravi che davano grandissima mortalità l'uso dell'acido fenico, razionalmente fatto, arreca benefici immensi, grandi successi. Però quest'uso deve essere accompagnato alla disinfezione accurata della parte lesa, all'isolamento dell'infermo, alla somministrazione dei sedativi: idrato di cloralio, bromuro di potassio, morfina, ecc., ai bagni tiepidi, al razionale mantenimento delle forze dell'infermo.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE E DI MEDICINA OPERATIVA DELLA R. UNIV. DI PAVIA.
Direttore: prof. IGINIO TANSINI.

Il valore del «segno di Tansini».

Dott. RODOLFO GRIGNANI, assistente.

Mi limito già nel titolo di questa mia nota a considerare obbiettivamente quanto finora si è scritto sulle osservazioni positive del *segno* che il prof. Tansini fin dal 1906 ha rilevato.

Sono particolarmente spinto a ciò da una recensione comparsa sulla *Rivista Ospitaliera*, n. 14, di quest'anno di una memoria del dott. N. Della Mano pubblicata nel febbraio 1924 nel giornale *Il Policlinico*, Sez. Chirurgica.

La recensione infatti, limitandosi a riferire alcune distinzioni che Della Mano ha voluto fare dei suoi casi in cui il segno Tansini è positivo, ed altri in cui è negativo, pare che tenda ad infirmare il valore diagnostico di detto segno. L'autore della recensione infatti non riporta le conclusioni di Della Mano, le quali, invece, se ben considerate, dimostrano a quale importanza può assurgere il rilievo del « segno » stesso.

Per porre la questione in chiaro è bene che io riferisca esattamente in che consista il « segno di Tansini ».

È noto che fin dal 1906 il prof. Tansini, in una conferenza tenuta all'Associazione Sanitaria Milanese « Sul cancro dello stomaco in chirurgia » nel richiamare l'attenzione sopra alcuni fenomeni, i quali possono decisamente controindicare anche una semplice laparotomia esplorativa, dopo aver accennato all'ittero che — esclusa una alterazione del fegato — può deporre per un interessamento del coledoco, alla presenza di ghiandole ingrossate nella fossa sopra-clavicolare sinistra, allo sviluppo molto evidente delle vene sottocutanee del ventre associato ad ascite, ad eventuali metastasi dell'utero e dell'ovaio, così si esprimeva: « Un altro fatto, che non ho visto accen- « nato nei trattati e che io osservai due volte, è « una certa tumefazione del ventre, perchè biso- « gna ritenere che esistano, in tal caso, trapian- « tamenti nella sezione bassa dell'intestino. Il « ventre di chi ha il cancro dello stomaco, e spe- « cialmente del piloro, è avvallato: le due volte « che osservai questo fatto, che mi indusse ad « astenermi da ogni intervento, trovai poi alla « autopsia trapiantamento canceroso alla flessura « splenica e colon discendente ».

Un terzo caso che confermava questa sua osservazione il prof. Tansini lo notò nel 1910; questo però, date le condizioni generali discrete dell'ammalato, l'assenza del sintoma di Troisier (ghiandola ingrossata nella fossa sopraclavicolare sinistra) ed essendo impellente la sintomatologia gastrica fu operato: alla laparotomia, oltre a voluminoso tumore piloro-gastrico, furono trovati numerosi tumori a forma di nodi, della parete del digiuno e dell'ileo, di grossezza variabile da una nocciuola ad una grossa noce.

Dopo questa terza osservazione il prof. Tansini richiamò l'attenzione dei pratici sopra questo « segno » da lui rilevato, e « che nuove osserva- « zioni avrebbero potuto confermarne od infir- « marne il valore ».

In seguito fu pubblicato un quarto caso da D'Este (1911) e un quinto nel 1914 dal prof. Tansini.

Nell'un caso alla laparotomia fu riscontrato, oltre ad un tumore bernoccoluto dell'antro pilorico, lo stomaco aderente, nella sua porzione pilorica, al fegato, la cui cistifellea presentava parti dure, ispessite, rigide; le linfoghiandole del piccolo omento e della retrocavità dell'epiploon erano grosse, dure, deformate. Sul colon trasverso e sul colon ascendente si riscontrarono due nodi, del volume di una piccola nocciuola, duri, situati nello spessore della parete intestinale, verso la inserzione mesenteriale, e sollevanti la tunica peritoneale. Nel cavo peritoneale lungo i fianchi eranvi pochi centimetri cubici di liquido ascitico.

Il caso poi del prof. Tansini è assai dimostrativo. La diagnosi di probabilità di cancro era stata posta dal prof. Vittorio Ascoli, allora Direttore dell'Istituto di Patologia Medica della R. Università di Pavia, il quale, pur non potendo escludere una eventuale complicanza di ulcera semplice, avendo rilevata una conservata secrezione

cloridrica e normale l'esame del sangue, aveva consigliato una laparotomia esplorativa.

Il prof. Tansini, appena vide il paziente, fu subito colpito da una certa tumefazione dell'addome che era in contraddizione col fatto della stenosi pilorica, e giudicò da questo fatto, che dovevano esistere diffusioni intestinali, sebbene colla palpazione non si potessero direttamente rilevare. Egli pertanto formulò un pronostico triste.

Alla laparotomia si è constatato il tumore pilorico, una corona di ghiandole linfatiche ingrossate e dure lungo la grande curvatura dello stomaco, infiltrazione grave del mesenterio della prima ansa del digiuno e anche di altre più avanti e nodetti neoplastici molteplici nella parete delle anse del digiuno e dell'ileo; poco liquido ascitico.

Un sesto caso poi pubblicò il prof. Aperlo nel 1923.

Del resto già nel 1914 il prof. De Renzi, Direttore della Prima Clinica Medica della R. Università di Napoli, in una sua lezione sulla diagnosi e cura del cancro dello stomaco, raccolta dal dott. Marenduzzo, annoverava il « sintoma di Tansini » fra i *sintomi principali* con cui si può stabilire la diagnosi tardiva del cancro dello stomaco, in una col sintoma di Troisier, con la placca prerettale di Léjars, ed il sintoma ombellicale, che sono appunto speciali e limitate manifestazioni metastatiche del neoplasma.

Abbiamo ora altri undici casi di Della Mano, nei quali si è osservato il « segno del Tansini ».

Questo autore nel suo lavoro ha preso in esame 22 casi, dei quali 20 di carcinoma del piloro.

Otto di questi presentavano l'addome avvallato e al tavolo operatorio non furono rilevate metastasi ad alcun viscere addominale; e di questi non riporta le storie cliniche. Degli altri 14 casi riporta le storie e li divide in quattro gruppi. Un primo gruppo, composto di 5 casi (pari al 42 % circa) in cui alla presenza del « segno » corrisponde veramente al tavolo opératorio il rilievo di metastasi intestinali; un secondo gruppo di 6 casi (pari al 50 % circa) in cui, si noti bene, l'A. dice: « si rileva il « segno di Tansini » *mentre al tavolo operatorio si riscontrano diffuse infiltrazioni a visceri addominali ma non metastasi intestinali* »; un terzo gruppo (un sol caso) pari all'8 %, in cui si tratta di un caso di carcinoma pilorico nel quale, mentre clinicamente si rileva l'addome avvallato, cioè « segno di Tansini » assente, al tavolo anatomico si trovarono diffuse metastasi intestinali. Il quarto gruppo è composto di due casi di stenosi pilorica di natura benigna cicatriziale in cui eravi addome tumido.

È appunto nella discussione di questi casi che il Della Mano pare che tenda a diminuire il valore del segno di Tansini; dice infatti: « Ora il prof. Tansini nella sua nota del 1914 (1) conclude: — Se il segno da me rilevato venisse confermato, si avrebbe il vantaggio diretto di poter aggiungere un nuovo criterio per le indicazioni e la prognosi — e il prof. Aperlo, nel suo recente lavoro, ritenendo che questo sintomo abbia un valore quasi di patognomonicità per l'avvenuta diffusione del neoplasma all'intestino, propone e vuole che esso costituisca un'assoluta controindicazione a qualsiasi intervento chirurgico.

« Epperò — soggiunge — coi risultati sopra accennati mi pare non si possa dare a questo segno, quel reale ed assoluto valore che la Scuola Chirurgica Pavese vuol conferirgli, in quanto che la presenza del « segno di Tansini » non sta ad indicare l'esistenza di metastasi intestinali se non con un certo grado di probabilità, pari al 42 % dei casi di carcinoma del piloro da me osservati, e che presentavano l'addome più o meno tumido ».

Ho voluto con particolare attenzione rileggere gli scritti del prof. Tansini e dell'Aperlo per vedere se mai avessero veramente affermato qualcosa di *costante* e di *assoluto* riguardo al « segno di Tansini », tanto più che tutta la discussione del dott. Della Mano tende a dimostrare che il detto segno non è nè assoluto nè costante (2), e francamente non ho trovato nei lavori suddetti tali frasi che esprimano affermazioni assolute e sicure, ed invero il prof. Tansini in uno dei suoi lavori dice: « se il segno venisse confermato ecc. » il che esclude evidentemente il concetto di affermazioni di carattere assoluto. E come potrebbe essere altrimenti? La sicurezza e la costanza non esistono per nessun segno clinico, come per nessuna reazione biologica, come per ogni altro fatto, nulla essendovi in questo mondo di assoluto.

---

(1) In verità tali parole furono scritte dal prof. TANSINI nel 1911. Vedi *La Riforma Medica*, a. 1911, pag. 54.

(2) Leggasi, per esempio, quanto è scritto a pag. 80, rig. 25 e seg. « Ad ogni modo a me pare che per voler dare ad un segno fisico un valore di così grande importanza, da essere ragione sufficiente per concludere, nei casi dubbi di stenosi pilorica, che si tratta di forma neoplastica cancerosa, è necessario anzitutto dimostrare costante quella determinata condizione che viene a costituire la premessa di quanto si vuol dimostrare. Nel nostro caso è necessario dimostrare costante e assoluto il termine di confronto; dimostrare cioè che in tutti i casi di stenosi pilorica i quali non abbiano metastasi intestinale, l'addome è sempre avvallato. Ciò io credo non esatto. Imperocchè se è vero per la grande maggioranza dei casi, è anche vero che non è nè costante nè assoluto ».

Del resto consideriamo i casi riportati da Della Mano, trascurando per il momento i primi 5, in cui il « segno di Tansini » era positivo e vi corrispondevano metastasi intestinali e *anche in altri organi*, osserviamo come nel secondo gruppo di ammalati, per quanto ad ognuno vi corrisponda la dicitura « non si rilevano metastasi intestinali », può sorgere il dubbio se, durante l'atto laparotomico, fu tutto esplorato il tubo intestinale; e sarebbe stato desiderabile che nei casi 7° ed 8°, venuti a morte, l'A. avesse anche riportato negativo per le metastasi all'intestino il reperto necroscopico, come lo fece nel caso 10°. E come non può sorgere questo dubbio se le alterazioni che al tavolo operatorio si riscontrano, ad esempio, nel caso 7°, sono così gravi e così diffuse da osservarsi « che la milza è bernoccoluta, dura, cosparsa di nodi bianco-grigiastri di apparente natura neoplastica; tenaci aderenze coll'omento e col colon stirato in alto verso la loggia splenica, in modo da alterare il decorso dell'angolo splenocolico? ».

Ma prescindendo anche da tutto ciò, ed accettati incondizionatamente i casi che il dott. Della Mano riporta, ne scaturisce vieppiù l'importanza del « segno di Tansini ».

Il prof. Tansini parla ne' suoi lavori di metastasi intestinali poichè ne' suoi casi aveva rilevato soltanto queste, ma ognun facilmente vede, come sotto il punto di vista *pratico*, dalle osservazioni del Della Mano tale « segno » acquista maggior valore perchè si potrà estendere anche per i casi di metastasi in varî organi addominali, nel qual caso, al tavolo operatorio, non si può mai dire se non vi siano anche alterazioni dell'intestino che è l'organo principe della cavità; poichè la laparotomia non è una autopsia.

Ed è quindi bene dare maggior rilievo alle conclusioni cui arriva Della Mano, le quali fanno ritenere, come egli dice, che nella grande maggioranza dei casi di carcinoma pilorico (80-85 %) e più, il rilievo del « segno di Tansini » della tumefazione dell'addome stia a dimostrare che la forma neoplastica è *largamente diffusa ai visceri addominali*.

Il Della Mano però vorrebbe anche togliere il valore che il « segno di Tansini » ha se rilevato, in casi dubbi, per la diagnosi di natura del processo. Il prof. Tansini scrive: « Si avrebbe il vantaggio, nella difficoltà talvolta di diagnosticare l'indole di una stenosi pilorica, di essere guidati, dal segno da me indicato, al giudizio di cancro ». Asserzione che il suddetto autore non vuol confermata da parte sua perchè, su 22 casi presi in osservazione, ha trovato che due casi presentanti il « segno di Tansini » erano affetti da stenosi benigna. A parte il fatto del dubbio che sorge su questi due casi — specie nel caso 14 in cui anche radioscopicamente era fatta diagnosi di impianto neoplastico — se sicuramente benigna era la natura di tali stenosi (*respice finem!*), perchè, se confortati dal fatto che con una probabilità di ben l'80-85 % dei casi il « segno di Tansini » indica la diffusione del tumore ad altri visceri, non si potrà, nei casi dubbi, ricorrere col pensiero alla natura maligna dell'affezione? Ogni segno va preso con quel criterio saggio che distingue il buon diagnosta dall'inesperto; e *se dubbio* permane in certi casi sulla natura di una stenosi pilorica, è logico che se il « segno di Tansini » è presente, questo faccia pendere la bilancia verso il tumore maligno.

Sulla ragion d'essere del « segno di Tansini » gli autori sono d'accordo nel pensarlo verosimilmente legato ad una leggera reazione del peritoneo viscerale e parietale, dovuta appunto alla avvenuta diffusione di noduli metastatici.

Il fenomeno sarebbe analogo alla tumefazione del ventre che Riva-Rocci ha riscontrato in alcuni casi di bambini affetti da meningite tubercolare — mentre è noto che uno dei sintomi della meningite tubercolare è la depressione del ventre a barca — quando esista una tubercolosi peritoneale, che clinicamente sfugge per mancanza di più provati fenomeni e che non darebbe altro sintoma che il meteorismo.

Della Mano ha trovato che in un caso in cui si notarono alla laparotomia, larghe diffusioni metastatiche del tumore agli organi addominali (ghiandole perigastriche, fegato, mesocolon e colon trasverso) il « segno di Tansini » era assente, e dà del fatto una spiegazione accettabile; e cioè che, in questi casi, possa avvenire che per diminuito potere di difesa, e per conseguenza, per diminuita reazione del peritoneo (fattore questo in stretto rapporto colle gravi condizioni di deperimento generale del canceroso) non sia sufficiente per determinare il « segno di Tansini ».

Concludendo, e dai casi riferiti da Tansini, D'Este, Aperlo, e dai casi di Della Mano risulta quanta importanza, dal punto di vista pratico, acquista il « segno di Tansini » che se assente, sempre nel campo delle migliori probabilità, può offrirci l'adito ad un pronostico meno sfavorevole, e ci può rendere meno titubanti a consigliare ed intraprendere la cura chirurgica adeguata.

Se il « segno » è presente, pur non controindicando in modo assoluto l'intervento, specie se i fenomeni di stenosi pilorica fossero completi ed imponenti, rende però il pronostico più grave ri-

spetto alla durata del beneficio che il malato potrà trarre dalla gastroenterostomia.

Ad ogni modo è un segno che è bene veramente entri nelle cognizioni del medico pratico, e venga annoverato fra i segni fisici importanti dimostrando i fatti aggiunti dalle osservazioni del dott. Della Mano ch'esso è, almeno nell'85 % dei casi, indice di larghe metastasi agli organi addominali.

BIBLIOGRAFIA.

1. TANSINI. *Il cancro dello stomaco in chirurgia.* La Riforma medica, 1906.
2. ID. *Di un segno clinico di metastasi cancerosa intestinale nel cancro del piloro.* La Riforma medica, 1911, pag. 54.
3. D'ESTE. *Del « Segno di Tansini » per la diagnosi di metastasi intestinale del cancro del piloro.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1911.
4. TANSINI. *Sopra un segno clinico di metastasi intestinale del cancro del piloro.* Rendiconto dell'Istit. Lombardo di Scienze e Lettere, 1914.
5. Id. *Per la conferma di un segno clinico di metastasi intestinale del cancro del piloro.* Il Pensiero Medico, 1914.
6. RIVA-ROCCI. *Lo stato del ventre nella meningite tubercolare dei fanciulli.* La Gazzetta medica italiana, 1911, n. 33.
7. DE RENZI-MARENDUZZO. *Diagnosi e cura del cancro dello stomaco.* La Rif. medica, 1914, n. 8.
8. « *Signe de Tansini* ». (*Tuméfaction du ventre dans le rétrécissement pylorique*). GLOSSAIRE de « La Presse médicale », 1914, n. 51.
9. APERLO. *Il « Segno di Tansini » per la diagnosi di metastasi intestinale nel carcinoma del piloro.* La Riforma medica, 1923, n. 6.
10. DELLA MANO. *Il valore del « Segno di Tansini » per la diagnosi di metastasi intestinale nel cancro del piloro.* Il Policlinico, Sez. Chir, 1924. fasc. 2.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Il trattamento della paralisi progressiva con l'inoculazione di malaria.

L'idea del trattamento non specifico della paralisi progressiva è dovuta a Wagner von Jauregg che, avendo notato la frequente remissione dei sintomi della malattia in seguito ad affezioni suppurative o febbrili, pensò di produrre tale condizione a bella posta.

Egli usò dapprima la tubercolina vecchia di Koch, poi il vaccino antitifico per via endovenosa, e nel 1917 la malaria a tipo terzanario. Nel 1922 egli pubblicava una statistica di 200 casi di demenza paralitica trattati con l'inoculazione di malaria, con remissioni tanto notevoli in 50 casi, da permettere ai pazienti di riprendere le loro occupazioni.

Dei vari Autori che specialmente in Germania, in Austria e Inghilterra si sono occupati della questione, Kirschbaum e Gerstmann hanno le statistiche più estese: il primo con 196 casi, con remissioni di vario grado nel 63 %; di questi 31 % ebbero remissione completa.

Gerstmann su 294 casi ebbe buoni risultati nel 38 %.

Il trattamento della P. P. con l'inoculazione di malaria ha una base puramente empirica: il modo con cui affezioni febbrili intercorrenti agiscono nel portare un miglioramento clinico in un certo numero di casi di P. P., di postumi di encefalite, e talora di altre alterazioni del sistema nervoso centrale, è perfettamente sconosciuto.

Il fenomeno sarebbe, secondo alcuni, di ordine biologico: p. es., la malaria produrrebbe la formazione di anticorpi che agirebbero con una certa efficacia sulla originale « causa morbi »; ma questa è un'affermazione puramente speculativa.

Per altri il fattore principale, se non unico, del miglioramento sarebbe l'alta temperatura prodotta, specialmente dalla malaria. Per quanto la temperatura mortale per la spirochaeta sia 56° C., Weichbrodt e Jahnel hanno dimostrato che si ottiene la morte della spirochaeta nelle ulceri scrotali dei conigli esponendo gli animali a temperatura tra 42° e 43° C., purchè l'esposizione sia ripetuta almeno tre volte.

È anche suggestivo il fatto che Wagner von Jauregg ottenne risultati progressivamente migliori adoperando materiale ad azione pirogena sempre maggiore.

Delgado ricorda che fin dai tempi antichi gli indigeni del Perù affetti da uta (leishmaniosi cutanea) usano andare in località malariche, perchè, secondo la tradizione, dopo un certo numero

di attacchi di malaria le lesioni dell'uta guariscono.

Anche qui si tratterebbe dell'effetto di uno stato febbrile su un'infezione protozoaria.

H. Bouker e G. Kisby (*Journ. Am. M. Ass.*, febbraio 21, 1925) riportano 53 casi di dementi paralitici inoculati con terzana malarica.

Dopo un periodo variabile di osservazioni, i pazienti vennero inoculati con 1-1,5 cmc. di sangue citratato ottenuto da un paziente già in cura: non fu ritenuto necessario prelevare il sangue durante un attacco malarico.

Le inoculazioni vennero eseguite esclusivamente per via endovenosa, a differenza del metodo più comunemente usato in Europa, per la maggior sicurezza dell'inoculazione, e per la abbreviazione e maggior stabilità di durata del tempo di incubazione (3-7 giorni).

Non si è usato salvarsan dopo il trattamento malarico a differenza di Wagner von Jauregg e altri, per non complicare il quadro terapeutico. Si permise che ogni paziente avesse da otto a dodici attacchi febbrili, dopo i quali si troncava l'infezione con il solfato di chinino.

Il farmaco venne dato sempre per più di una settimana, ma la sua azione è tanto potente contro la « malaria inoculata » che soltanto tre pazienti ebbero un accesso febbrile dopo il primo giorno di somministrazione del chinino.

Come è riferito da altri Autori, il corso della malaria da inoculazione è irregolare: esso tende, però, a regolarizzarsi con i successivi passaggi da malato a malato. In due pazienti l'infezione apparentemente si esaurì dopo cinque, sei attacchi nè si riuscì a ristabilirla con le iniezioni di gr. 0.5 di nucleinato di sodio al 10 % secondo Kogerer.

Per quanto riguarda la piressia, gli stipiti impiegati hanno dimostrato di aumentare di virulenza con i successivi passaggi: infatti su 158 accessi febbrili ottenuti con la prima serie di inoculazioni, soltanto il 33 % raggiunsero i 41° C., mentre nella seconda serie di inoculazioni su 182 attacchi tale temperatura venne raggiunta nel 92 % degli accessi.

Non si sono osservate complicazioni gravi: erpete labiale in più della metà dei casi, ittero lieve in un terzo dei casi; in tutti i pazienti, come era da aspettarsi, comparve un'anemia di una certa entità che scomparve spontaneamente in circa quindici giorni. La maggior parte dei pazienti diminuirono in peso, il che, almeno in parte, fu dovuto alla dieta.

Durante il trattamento malarico ebbero convulsioni tutti e cinque i malati che ne avevano già sofferto prima del loro ingresso in Ospedale, e due di quelli che non ne avevano mai avute.

Risultati clinici. Secondo l'esperienza degli AA. sono necessarie almeno quattro settimane dopo l'ultimo attacco malarico perchè si manifesti il miglioramento clinico, mentre è necessario un periodo di due o tre mesi e più per il completo sviluppo del miglioramento.

Dei 53 pazienti inoculati, 11 sono stati trattati troppo recentemente per poterne dare un giudizio; 2 vennero inoculati in due diverse occasioni, e 1 non contrasse l'infezione dopo ripetute inoculazioni. Dei 39 pazienti rimanenti, 6 morirono durante il trattamento e 1 otto mesi dopo. Il trattamento malarico può avere accelerato la morte, ma certo non l'ha causata direttamente.

Dei 32 pazienti ora viventi dopo un periodo di 3-13 mesi dalla fine del trattamento, 14 non sono migliorati affatto o appena, e 18 sono molto migliorati, tanto da potersi considerare come aventi una remissione abbastanza completa, con un difetto mentale residuo, che eccetto in due casi, non è dimostrabile, o lo è appena. Diciassette di questi pazienti sono stati dimessi dall'Ospedale da uno a dieci mesi fa, e 14 hanno ripreso le loro occupazioni.

I risultati sierologici non vanno di pari passo con i risultati clinici.

Le modificazioni del liquor avvengono lentamente dal 6° al 12° mese, e non sono costanti.

La prima ad essere influenzata è la conta delle cellule, mentre la R. W. è la più resistente; la curva dell'oro colloidale si modifica nella maggioranza dei casi, ma molto lentamente; e la globulina per quanto subisca una rapida diminuzione, diventa negativa molto lentamente e solo in alcuni casi.

I risultati ottenuti confermano completamente i dati di altri AA., e fanno pensare che il trattamento della P. P. con la malaria sia un metodo di indubbio valore.

A lato dei casi in cui il miglioramento è notevole, vanno considerati quei casi in cui la malattia sembra arrestarsi. M. MARGOTTINI.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

L'apeidosi.

(FLANDIN e TZANCK. *Bulletin méd.*, n. 8, 21 febbraio 1925).

Gli AA. propongono di dare il nome di apeidosi (apò ed eìdos) ad un processo caratterizzato dalla scomparsa progressiva della specificità clinica ed istologica nel corso delle infezioni croniche.

La sifilide, tipo delle infezioni croniche ed ereditarie è uno dei migliori esempî per comprendere l'apeidosi. Nei primi stadi della malattia, i caratteri clinici, anatomo-patologici, parassitari, umorali, sono di una chiarezza patognomonica. Ma nel periodo terziario sono permesse esitazioni diagnostiche al punto che la sola biopsia non permette di distinguere sempre una lesione tubercolo-crostosa luetica da quelle prodotte dalla tubercolosi o da una micosi. Sempre restando nel campo della dermatologia ecco lesioni lichenoidi, papulo-necrotiche, eritematose, nodose, ecc. che possono svilupparsi in luetici con RW positiva o negativa ed essere guarite dal solo trattamento antiluetico. Come se non col meccanismo della apeidosi interpretare tali lesioni? L'apeidosi inoltre permette di fare un po' di luce nel caos dell'eczema. Innegabilmente alcuni eczemi hanno una origine luetica (vecchi sifilitici ed ancor più eredo-sifilitici). Morfologicamente ed istologicamente è impossibile distinguere questi eczemi dagli eczemi determinati da altre cause: più che dalle prove sierologiche la natura di queste lesioni è fatta sospettare dai dati anamnestici; la prova terapeutica conferma il sospetto, prova terapeutica intesa però come trattamento intensivo e prolungato.

L'azione della lues in patologia viscerale appare sempre più grande. Coi pezzi alla mano ed anche sotto il microscopio spesso non è possibile pronunciarsi sulla etiologia di una sclerosi. I sintomi clinici e le lesioni anatomo-patologiche sono d'ordine comune.

Come esiste una apeidosi luetica esiste pure una apeidosi tubercolare. Pei nostri predecessori nulla di più netto della lesione tubercolare col follicolo centrato dal bacillo, la corona di cellule giganti, l'infiltrazione linfoide periferica. Man mano la cellula gigante perde la sua specificità, perchè la si ritrova in ogni infiammazione cronica e si mette inoltre in evidenza un gran numero di tubercolosi non follicolari ed il numero delle lesioni a carattere istologico non definito, ma che devono essere ricollegate alla tubercolosi, aumenta continuamente.

In patologia cutanea, troviamo tutte le transizioni tra la tubercolosi cutanea e i tuberculidi di Darier. Nè la clinica, nè il laboratorio permettono in molti casi di stabilire l'etiologia tubercolare o luetica o d'altra natura; ma vi è spesso reazione locale alla tubercolina, come, in altri casi al trattamento antiluetico.

Così l'eritema nodoso spesso risponde alla prova della tubercolina (Chauffard e Troisier).

In patologia polmonare spesso l'enfisema è ricollegabile ad una tubercolosi, ma in che cosa differisce l'enfisema tubercolare dall'enfisema da altre cause?

Accanto ai tipi netti di tubercolosi renale, quante nefriti non specifiche devono essere ricollegate alla tubercolosi? (Salomon e Léon Bernard).

Vi sono quindi nel dominio della tubercolosi, come in quello della lues delle sindromi cliniche ed anatomo-patololiche sprovviste di caratteri specifici e dipendenti quindi dal processo di apeidosi.

Il problema ora prospettato, può essere esaminato da un altro punto di vista: in pratica è interessante, di fronte ad una sindrome delucidarne la patogenesi e il concetto della apeido si facilita la quistione. Ad es.: Darier nel 1896 propose di raccogliere sotto il nome di *tuberculidi* una serie di dermatosi che sono quasi sempre in relazione evidente con la tubercolosi e pur in apparenza diverse, hanno un legame di parentela indiscutibile.

Successivi lavori (Ravaut, Tzanck e Pelbios, Pautier) hanno dimostrato che il quadro clinico completo dei tuberculidi poteva essere realizzato e dalla sifilide e da altre infezioni. È stato proposto di sostituire il termine con quello di *tubercoloidi*, ma parlare di tubercoloidi sifilitici non soddisfa la mente, mentre è più soddisfacente ammettere che un lupus eritematodes è una manifestazione di apeidosi tubercolare o luetica.

In altro ordine di idee, Chauffard ha dimostrato che negli itteri emolitici con splenomegalia, e la lues e la tubercolosi potevano essere incriminati e solo la prova o della iniezione di arsenobenzoli o della tubercolina era capace di porre la diagnosi patogenetica.

La nozione di apeidosi, rischiara del pari la quistione delle cirrosi del fegato. In primo tempo lo studio di esse è stato puramente clinico ed anatomo-patologico, solo in progresso di tempo la ricerca etiologica e patogenetica ha preso il sopravvento nell'animo dei ricercatori e l'esperienza ha mostrato che la tubercolosi, la sifilide, la malaria erano capaci di determinare la cirrosi

allo stesso titolo come un veleno (alcool e piombo).

Un ultimo esempio è quello del reumatismo cronico. Pare che accanto ad un reumatismo tubercolare tipo Poncet, esista un reumatismo di origine luetica che nessun carattere permette di distinguere dal precedente; come pure esistono artropatie subacute o croniche mono o poliarticolari del tutto simili alle precedenti che non sono in dipendenza nè della lues nè della tubercolosi: alcune possono essere riportate alla malaria, all'amebiasi, alla colibacillosi cronica, per altre la patogenesi resta oscura. Comunque, queste manifestazioni articolari si producono di regola in periodi di silenzio delle infezioni che le determinano, non si accompagnano alle *poussées* acute delle malattie che sono alla loro origine, rientrano in una parola nel quadro della apeidosi.

Tale è il concetto. Esso permette di comprendere la costituzione delle sindromi anatomiche e cliniche. Il concetto di sindrome è stato una tappa nella evoluzione delle nostre idee, esso ci ha portato ad ammettere che lo stesso quadro poteva essere in dipendenza di cause differenti. Proponendo il termine *apeidosi* gli AA. vorrebbero abituare la mente a comprendere il processo evolutivo in grazia del quale un organismo ed un agente patogeno arrivano per così dire a neutralizzarsi reciprocamente, dando origine a lesioni che si allontanano sempre più dal tipo specifico originale.

A. PALLADINI.

VIE DIGERENTI.

La diagnosi e la prognosi della cura chirurgica del carcinoma gastrico.

(ANSCHÜTZ. *Münch. Med. Woch.*, n. 1, 1925).

Basandosi sull'imponente materiale di 1156 casi di carcinoma gastrico, osservati in 20 anni circa, Anschütz detta, a questo riguardo, alcune conclusioni diagnostiche e prognostiche assai interessanti. Una prima considerazione, in contrasto con quelle che generalmente si ammette è che il numero relativo dei malati accolti in clinica per carcinoma è rimasto quello di 20 anni fa, laddove si è quadruplicato quello per ulcera.

Per la diagnosi di carcinoma gastrico, tra le indagini fondamentali, l'A. pone la ricerca del sangue nelle feci, positiva, nel 94 % dei casi. Il dimagrimento sarebbe anche esso assai costante (89.9 %): l'anacidità si riscontrerebbe nell'88.8 %, mentre la presenza di un tumore palpabile non è stata riscontrata che nel 63 % dei casi. L'assenza quindi del sangue nelle feci specie se constatata ripetutamente sarebbe di così grande importanza da far escludere senz'altro la possibilità di un carcinoma: minor valore avrebbe la reazione positiva. Un'importanza altrettanto grande deve venire attribuita all'esame radioscopico di guisa che combinando le due prove si può stabilire il quadro seguente su cui regolare la diagnosi e quindi la terapia del carcinoma gastrico.

N.	Sangue	Radioscopia	Diagnosi	Terapia
1	+	tipica	Cancro quasi certo	Intervento urgente
2	+	incerta	Cancro dubbio	Laparotomia esplorativa
3	+	normale	Cancro improbabile	Attendere
4	—	normale	Nessun cancro	—
5	—	incerta	Cancro improbabile	Laparotomia esplorativa
6	—	Rep. patologico	Cancro assai improbabile	Laparotomia esplorativa

Il valore delle due prove si desume considerandole come dirette ed appare tanto maggiore, in quanto che con essi è permesso escludere un carcinoma e di risparmiare quindi una inutile laparotomia esplorativa. Riguardo alla prognosi è interessante ricordare come Boas nel 1906 in base al suo materiale di 116 casi sosteneva come solo il 2 % dei pazienti con una anamnesi di disturbi gastrici datante da 2-6 mesi, erano operabili radicalmente mentre che su 127 casi con disturbi da più di 6 mesi lo erano nel 6 %. Da ciò se ne deduceva come non esistesse affatto un rapporto diretto tra durata dei disturbi e operabilità; ma che fosse assai più importante la specie e la malignità del tumore, tanto è vero che esistevano malati giunti presto al tavolo operatorio in condizioni disastrose, mentre altri dopo un maggior tempo poterono ancora essere salvati. Queste conclusioni suscitarono allora grandi discussioni e sembrarono addirittura paradossi ma oggi dopo tanto tempo, lo stesso Anschütz che pure era stato uno degli oppositori più convinti sostiene come solo lo sviluppo latente sia l'elemento decisivo della prognosi.

Su 1164 casi, il 16 % di essi con disturbi datanti da meno di 4 mesi erano già addirittura inoperabili.

Quale è la sorte che attende coloro che, riconosciuti affetti da cancro dello stomaco, non furono sottomessi ad alcun atto operativo? Non è lecito costruire delle statistiche basate su pochi casi, ma considerando solo quelle più importanti si può dire che la vita, dai primi sintomi alla morte, ha una durata di circa 12 mesi. La G. E. non prolunga la vita di questi malati che di ben

poco (3 mesi) e non toglie nessuna delle cause morbose. Notevole è la minore rapidità di accrescimento del neoplasma dopo la G. E., da mettersi in rapporto con le migliorate condizioni del malato. Non esiste un rapporto tra durata dei disturbi prima dell'operazione e prolungamento della vita dopo di questa. Esistono certamente quindi degli individui senza resistenza al cancro. Ma la G. E. è accompagnata da un'alta mortalità.

Bisogna ricorrere quindi piuttosto alla resezione che rimane la vera operazione radicale. Ma quali sono le controindicazioni a un intervento così grave? Non lo stato grave del paziente, nè l'età nè l'anemia. Secondo Anschütz sono solo le metastasi a distanza (fegato, retto, peritoneo, regioni inguinali, ombelico, ovaie) mentre perfino un'ascite di modico grado è compatibile con un intervento seguito da successo.

Non ha grande importanza la grandezza del tumore esistendo spesso metastasi diffuse con piccoli tumori e viceversa. La resezione dunque deve essere applicata sempre che sia possibile non rinunciando ad essa, neppure di fronte alla necessità di resezione della milza, del fegato, del pancreas, del colon. Si sa e su questo sono numerose le autorevoli testimonianze che l'organismo è capace di reprimere lo sviluppo (o per lo meno di mantenerlo latente per anni) di piccoli pezzi di tumore rimasti in posto. Miculicz parlava perciò di resezioni palliative. La mortalità è alta ma anche in questi casi occorre prendere in considerazione solo grandi statistiche, poichè l'A. ha potuto operare una serie di 30 casi di cancro gastrico con una mortalità del 10 %. È difficile formarsi un concetto esatto sui rapporti tra prolungamento della vita e sofferenze dopo la resezione nè è concesso emettere delle prognosi basandosi sul reperto operatorio, ma basta enunciare come nella media delle medie il 28 % dei pazienti sottoposti all'operazione superi bene l'intervento, come il 25 % viva ancora dopo 3 anni, il 18 % dopo 5 anni, il 17 % ancora dopo 10 anni.

Il problema della guaribilità del cancro dello stomaco non è semplicemente chirurgico ma piuttosto biologico. Difatti per la prognosi ha minore importanza la forma istologica del tumore (forse la forma gelatinosa è la peggiore e riguardo alla quale le statistiche sono discordi) della sede del neoplasma. I carcinomi della piccola e grande curvatura pure accompagnandosi ad una maggiore mortalità immediata permettono una migliore prognosi a lunga scadenza, risultati definitivi completamente contrari a quanto si osserva a proposito del cancro del piloro. Purtroppo tutti questi successi vengono velati considerando globalmente la cifra dei cancri gastrici tra i quali rientrano naturalmente anche quei casi che non possono esser sottoposti ad un intervento radicale, o perchè già inoperabili aprioristicamente, o perchè rifiutato o d'altra parte constatato impossibile. In questo modo, si giunge alla stessa conclusione di Boas, ossia bisogna constatare come, presi in blocco, nei cancri dello stomaco la guarigione dopo i tre anni si deve considerare come limitata al 2-4 %. Essi stanno in mezzo ai cancri di altre regioni e tra quelli della mammella, in cui, dopo applicazioni sistematiche della radioterapia si vantano migliori risultati.

Conviene quindi lavorare anche in questo campo.

E. MINGAZZINI.

Appendicite acuta e appendicite cronica nell'infanzia.

(J. HOWLAND e R. M. BOLLING (*The Journal of Amer. med. Ass.*, settembre 27, 1924).

Gli AA. trattano il problema dell'appendicite acuta nell'infanzia, in base alle loro statistiche personali.

Per ambedue l'appendicite acuta nei bambini sopra i 5 anni ha un decorso clinico molto simile a quello degli adulti: la diagnosi non presenta maggiori difficoltà e i risultati operatori sono altrettanto buoni. Invece l'appendicite acuta nei bambini sotto i 5 e specialmente sotto i 2 anni, ha un'evoluzione più rapida e una mortalità circa 8 volte maggiore.

Tale differenza è generalmente imputata all'inizio insidioso della malattia, alla rapidità con cui si perfora l'appendice nei bambini e alla loro scarsa resistenza; invece essa è dovuta in gran parte al fatto che, data la difficoltà dell'esame obiettivo dei piccoli pazienti, i quali anzichè aiutare il medico strillano e si difendono, la diagnosi viene fatta tardi, soltanto quando v'è un ascesso o una peritonite più o meno diffusa.

È necessario perciò che l'esame del malato sia quanto più è possibile scrupoloso e completo, non tralasciando mai l'esame rettale, che può mettere in luce la presenza di dolore localizzato e di una tumefazione che l'esame esterno non aveva fatto sospettare.

Tra i sintomi principali, dolore, vomito, febbre, stitichezza, leucocitosi, il più costante e il più importante è il dolore, che spesso, a causa di certe peculiarità anatomiche del bambino (lunghezza dell'appendice, ceco molto mobile, piccolezza della regione lombare) si trova localizzato distante dal punto di Mc. Burney.

La difesa muscolare è un segno prezioso quan-

do è presente, ma spesso è molto difficile constatarla.

Nella diagnosi differenziale bisogna prendere in considerazione molte affezioni addominali (tra le altre ricordare che minzione dolorosa e piuria, che tante volte fuorviano la diagnosi, si possono avere nell'appendicite), e extra-addominali. Tra queste ultime la più importante, perchè quella che più spesso è causa di errori è la polmonite al suo inizio.

Se anche mancano ancora i sintomi fisici, sono presenti i sintomi generali: il polmonitico ha il volto congesto, è irritabile, agitato, il respiro è diaframmatico, ha dolore addominale così superficiale, e così poco influenzato dalla palpazione profonda da suggerire l'iperestesia. La temperatura è più alta, il polso più frequente, la leucocitosi maggiore.

L'appendicitico è per lo più pallido, non muove le gambe e mantiene l'addome tranquillo con una respirazione costale. Il bambino, anche grave, per polmonite o per altra malattia febbrile dorme per lunghi intervalli: l'addominale non dorme e non fa dormire gli altri.

Tra i momenti etiologici nei bambini sopra i 2 anni non si può negare una certa importanza ai parassiti intestinali, specialmente agli Oxyuris, i quali spesso si trovano annidati nella sottòmucosa, preparando così la via d'ingresso ai germi patogeni.

Quasi caratteristico di queste forme da parassiti è la relativa benignità del decorso, (essi mancano per lo più nelle appendiciti suppurate o gangrenose) e la mitezza dei sintomi, dei quali uno solo, in contrasto con gli altri, è molto spiccato: il dolore. Nei bambini fatta la diagnosi si deve subito intervenire; nei casi dubbi è consigliabile la laparotomia esplorativa.

Ogni bambino con dolore addominale e vomito va considerato come un caso potenziale di appendicite, e come tale non va purgato finchè tale diagnosi non sia stata esclusa. È infatti rarissimo trovare un perforato al quale non siano stati somministrati uno o più purganti.

Nell'intervento la gentilezza è la cosa principale e non va sacrificata alla rapidità.

Dopo l'operazione si faranno due ipodermoclisi al giorno di una soluzione di glucosio 3 % finchè il p. non prende abbastanza liquido per bocca: la proctoclisi nei bambini non è soddisfacente. Al più presto si darà il cibo ai piccoli pazienti che non ne sopportano la privazione come gli adulti.

*
* *

Se è naturale lo scetticismo di molti chirurgi riguardo all'appendicite cronica, dopo le appendicectomie « in massa » praticate 10 o 15 anni fa, non è giusto condannare del tutto l'intervento in questa forma, senza dimostrare che la percentuale degli insuccessi è tanto alta da non giustificare l'operazione.

C. J. Mixter porta per lo studio di questo problema, un contributo di 100 casi in bambini sotto i 13 anni, dal quale risulta che l'appendicite cronica è un'entità clinica definita, in cui il reperto patologico abitualmente conferma la diagnosi clinica.

L'appendicite cronica come l'acuta è più frequente nei maschi; l'età di 8 anni circa dà il maggior numero di pazienti; la durata media dei sintomi è di 16 mesi (in 5 casi più di 5 anni).

Nel 92 % dei casi il disturbo maggiore era il dolore addominale, mentre la cefalea, il vomito, o la costipazione era il sintoma saliente negli altri. La localizzazione del dolore era tipica solo nella metà dei casi, mentre negli altri non era ben definita. Mancano disturbi urinari a differenza delle forme acute.

All'esame obiettivo l'unico segno di valore è il dolore addominale nel quadrante inferiore destro.

L'esame radiografico sistematico delle vie urinarie, della colonna dorsale e lombare, e delle anche, è necessario per escludere una lesione di questi organi; quella del tubo gastro-enterico mettendo in luce la permanenza eccessiva del pasto nell'appendice o nello stomaco, può indicare la presenza di aderenze che angolano l'appendice o determinano spasmo pilorico riflesso.

Nella diagnosi differenziale vanno presi in considerazione tra l'altro, i disturbi gastro intestinali ricorrenti da errori dietetici, il vomito ciclico, l'indigestione da grassi, e specialmente la pielite, particolarmente nelle bambine nelle quali gli insuccessi operatori sono circa 3 volte maggiori che nei maschi.

All'operazione talora l'appendice è apparentemente sana, ma l'esame istologico dimostra che è sede di flogosi cronica, e l'appendicectomia risulta curativa malgrado le apparenze.

Per l'etiologia non va dimenticato l'Oxyuris che è frequente nei bambini.

Nel maggior numero dei casi mancava la storia di un attacco acuto eppure l'appendicectomia fu curativa nel 62 %, e produsse sicuro miglioramento nel 28 %; soltanto nel 10 % fu inutile.

Risulta quindi che per ovviare al pericolo di vita e alla maggior gravità della malattia che segue a un attacco acuto, si deve consigliare l'intervento nelle appendiciti subacute o croniche, una volta che si siano potute escludere le altre possibili cause dei sintomi.

M. MARGOTTINI.

VIE URINARIE.

Contributo alla conoscenza della nefrite apostematosa e del suo trattamento chirurgico.

(BROGLIO. *Arch. Ital. di Chirurgia*, vol. X, fasc. 6, 1924).

La *nefrite apostematosa* — forma acuta d'infezione del rene caratterizzata da ascessi miliari sparsi nel parenchima renale — viene abitualmente confusa colla pielite e la pielonefrite, dalle quali deve essere invece nettamente differenziata per l'aspetto anatomo-patologico, per il decorso clinico e per il trattamento essenzialmente diverso. Anche da' più eminenti urologi la pielite, la pielonefrite e la nefrite apostematosa vengono considerate come vari stadi di una stessa malattia (Casper, Legue, Marion), mentre, pur essendo qualche volta impossibile di sceverare clinicamente le diverse forme, nella maggior parte dei casi si riscontrano sintomi costanti e sufficienti ad indirizzare ad un'esatta diagnosi.

L'inizio brusco, con temperatura elevata, intermittente, insorgente con brivido; il dolore spesso atroce in una sola regione renale, irradiantesi all'inguine, lo stato generale subito grave sono i sintomi più caratteristici della forma morbosa. Frequentemente si stabilisce il quadro di una vera infezione setticemica: il sensorio è ottuso; polso piccolo e frequente, vomito, lingua asciutta, sete, qualche volta delirio. La palpazione del rene, che risulta ingrossato, risveglia e riacutizza il dolore; la minzione è stentata e talora dolorosa. L'esame però delle urine non dà elementi costanti e caratteristici; talora è pressochè normale.

Anatomicamente le lesioni sono limitate ad un solo rene che presentasi costantemente grosso e congesto; sulla superficie appaiono, isolati o conglomerati, innumerevoli piccoli ascessi giallastri il cui volume varia da quello di un grano di miglio a quello di un pisello. Piccoli ascessi simili si trovano sparsi anche nella sostanza corticale; e, talvolta, ascessi a striscie nella sostanza midollare. Istologicamente gli ascessi sono disposti a preferenza intorno ai glomeruli, alle anse vascolari e negli spazi intertubolari e sono costituiti al centro da ammassi di leucociti nei vari stati di degenerazione, mentre la loro parete, formata da tessuto renale, è infiltrata da innumerevoli polinucleari.

La sostanza renale circostante è rossa e congesta. Il bacinetto è generalmente leso e presenta delle lesioni di semplice pielite. Il grasso perirenale è generalmente edematoso, ma non infiltrato.

L'intervento precoce costituisce l'unica terapia possibile. Ma, mentre da vari autori si ritiene sufficiente una nefrotomia semplice, molti altri ritengono necessario ricorrere senz'altro alla nefrectomia.

Israel consiglia una nefrotomia speciale, drenando il bacinetto attraverso una breve apertura nel polo inferiore del rene. Altri operatori hanno avuto buoni risultati colla decapsulazione e fissazione del rene (Giuliani. Rihemer). L'A., riportando una statistica di 18 casi con 18 guarigioni, consiglia quale trattamento di elezione la decorticazione del rene seguita da pielotomia. Con la nefrolisi si aprono tutti gli ascessi che nella loro maggioranza sono corticali. Inoltre il drenaggio permanente del bacinetto combinato colla decapsulazione assicura la perfetta decongestione dell'organo ed il drenaggio dei focolai aperti nel bacinetto. Il parenchima non viene leso ed una completa ripresa della funzione renale dimostra l'innocuità dell'operazione.

Nelle forme settiche gravi con distruzioni gravi del rene è però sempre indicato ricorrere alla nefrectomia perchè il parenchima renale troppo alterato è incapace di riprendere una normale funzione.

Nei casi iniziali e leggieri o quando speciali circostanze, come in un caso riportato dall'A. d'infezione in un rene unico, l'impongono, il catetere ureterale a permanenza, associato a vaccino-terapia, può dare buoni risultati.

CIOTOLA.

La vescica dei nefrectomizzati per tubercolosi renale.

(M. THEVENET. *Journal d'Urologie*, n. 5, 1924; *Associazione francese d'Urologia*, XXIV, riunione, 8-11 ottobre 1924).

Il relatore ricorda come nella storia della tubercolosi reno-vescicale occorra distinguere due periodi: uno nel quale la tubercolosi vescicale è tutto e la renale nulla, un altro in cui si ha l'inverso.

Allo stato delle attuali conoscenze si ha la seguente opinione sulla tubercolosi renale: qualche caso più o meno discutibile, è considerato come lesione primitiva della vescica, altri, più numerosi, sono considerati come manifestazione clinica e diffusione d'una tubercolosi genitale.

Il maggior numero però dei casi è di origine renale.

Le lesioni anatomo-patologiche prima dell'intervento sono localizzate nella vescica e nel segmento inferiore dell'uretere; e più precisamente:

1) Nell'orificio ureterale all'inizio si ha congestione, edema, con dilatazione che fa pensare all'uretere forcé. Poi si manifestano lesioni specifiche con granulazioni, ulcerazioni. Alle volte si ha sclerosi ed obliterazioni del condotto.

2) Le lesioni vescicali si iniziano in corrispondenza dell'orificio ureterale per estendersi poi su tutto il trigono. Eccezionalmente si notano in corrispondenza del lato sano.

All'inizio sono limitate alla mucosa, che poi è sorpassata e si ha l'invasione con ulcerazione della muscolare.

La parete vescicale può infiltrarsi parzialmente e totalmente (infiltrazione caseosa massiva), assottigliarsi e alle volte perforarsi

3) Il segmento inferiore dell'uretere può spesso infiltrarsi, dar luogo a granulazioni ed ulcerazioni; alle volte, invece, si ha sclerosi e obliterazione.

Dopo la nefrectomia si rilevano le seguenti modificazioni:

1) A carico della vescica:

a) scomparsa perfetta delle lesioni;

b) scomparsa delle lesioni specifiche, ma persistenza di zone congestizie, di placche giallastre;

c) persistenza di lesioni tubercolari in parte migliorate.

2) L'uretere normalmente ma lentamente si oblitera dopo molti anni.

La sintomatologia è caratterizzata:

1) dalla frequenza delle minzioni ordinariamente diurne, imperiose;

2) dal dolore durante e dopo la minzione;

3) dalla diminuzione della capacità vescicale;

4) dalla piuria ed ematuria;

5) dalla sensibilità della vescica alla pressione.

Dopo la nefrectomia i sintomi si modificano e possiamo riunire i malati in 3 gruppi:

1) scomparsa di tutti i sintomi;

2) miglioramento transitorio, quindi peggioramento per lesione del rene opposto, lesioni genitali;

3) persistenza di alcuni disturbi.

La frequenza con cui persistono i disturbi non è molto elevata. Secondo il Wildbolz è 11,5 %; Israel 54 %; Rafin 9 %; Gayet 2,4 %; Thevenot 9 %. Tutti gli urologhi ammettono una guarigione rapida per lesioni poco accentuate; una lenta per alterazioni un po' più manifeste; una guarigione difficile per lesioni molto accentuate con diminuzione definitiva della capacità vescicale.

In tutti i malati il dolore scompare più presto della pollachiuria.

La patogenesi di questa persistenza è variabile secondo i gruppi ricordati e cioè:

1) Nel primo gruppo la persistenza degli accidenti è dovuta alle volte ad una esagerata sensibilità del collo, spesso ad una retrazione, ad una sclerosi del muscolo vescicale.

2) Nel secondo gruppo è dovuta ad una cistite banale dovuta ad infezione secondaria.

3) Nel terzo gruppo è dovuta ad invasione del rene opposto, allo svilupparsi di una tubercolosi genitale, annessiale, prostatica, ad una persistente suppurazione dell'uretere restante.

La cura comprende:

1) mezzi medicamentosi. Elioterapia, tonici generali, antisettici urinari (bleu di metilene, trementina);

2) trattamento locale: e cioè lavaggi al sublimato (Guyen), all'acido fenico 6 % (Rowsing), all'ossicianuro di mercurio 1 0/800 (Cifuentes). Le instillazioni di sublimato da 1 - per 20,000 a 1 per 2,000; di olio gomenolato (Pasteur) o guaiacolato; di acido pirogallico a 1/50; la cauterizzazione raccomandata da molti (Heitz-Bayer...);

3) il trattamento chirurgico che comprende:

a) l'ureterectomia primitiva o secondaria;

b) operazioni sulla vescica e su i nervi.

Raschiamento della vescica attraverso l'uretra nelle donne; raschiamento della vescica dopo cistostomia, distruzione dei punti lesi fino alla resezione totale della parete vescicale (Delagenière).

Dilatazione dello sfintere combinato alla sfinterotomia per via transuretrale (Rochet).

Per quello che si riferisce alle operazioni su i nervi, le esperienze ripetute di Rochet, Thevenot, e Latorjet hanno dimostrato che la resezione dei nervi ipogastrici determina l'incontinenza; la sezione degli erettori porta la ritenzione; la sezione dei gangli ipogastrici dà luogo alla ritenzione.

c) l'esclusione vescicale.

Per praticare simile intervento si può ricorrere alla cistostomia, alla cistectomia totale, all'uretero-enteroanastomosi (metodo eccellente, ma che espone all'infezione ascendente), alla ureterostomia iliaca o lombare, alla nefrostomia dell'altro rene.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

CHARLES DUJARIER. *Anatomie des Membres*, 2ª edizione. Masson et C., édit. Parigi, 1924.

Per rispondere a numerose richieste di questa opera la cui prima edizione è esaurita da molto tempo, l'Autore ne pubblica la seconda, avvertendo però che volontariamente non vi ha apportato alcuna modificazione nel testo il quale pertanto è completamente conforme al precedente.

È un'ottima guida per lo studente che si addestra nelle preparazioni di anatomia, ricca di consigli pratici sul modo di procedere nelle dissezioni dalla incisione della pelle fino ai legamenti articolari, e ricca di disegni a colori o in nero, eseguiti sulle preparazioni delle varie regioni anatomiche dissecate personalmente dall'Autore, il quale, a questo scopo, ha scelto soggetti presentanti disposizioni presso che normali; ma non ha trascurato di riprodurre anche le piccole anomalie che si riscontrano di frequente in tutti gli individui, appunto per abituare l'allievo a non meravigliarsi, quando nell'esercizio pratico dell'anatomia, constaterà che il soggetto in esame non è la copia esatta del tipo schematico stabilito dagli autori.

Alcune regioni sono descritte con maggiori dettagli di quelli che non danno abitualmente i testi di anatomia topografica, e particolarmente sviluppati sono i capitoli riguardanti il *cavo ascellare*, il *gomito*, la *regione palmare*, la *regione glutea*, il *triangolo di Scarpa*, la *regione plantare*, il *ginocchio*.

A. C.

MAX KAPPIS. *Diagnostica chirurgica generale e speciale*. Urban Schwarzenberg, Berlin, 1924.

Secondo l'A. l'opera deve completare la diagnostica interna di Brugsch-Schittenhelm.

In una prima parte « Fondamenti generali della diagnostica chirurgica » sono raccolte nozioni di semeiologia e interpretazioni diagnostiche. Una seconda parte tratta della diagnostica *sistematica* in capitoli separati, il primo dei quali, col titolo « Diagnostica chirurgica generale », riassume molto di ciò che è più specificato negli altri capitoli. Una terza parte, e più voluminosa, è dedicata alla diagnostica regionale.

Si potrebbe forse desiderare una distribuzione più ordinata della materia, ma in compenso l'opera è ricca di nozioni e di figure.

G. B.

PYE'S *Surgical Handicraft*, 9ª ed. Bristol: John Wright & Sons, 1924.

Il classico trattato di tecnica chirurgica di Walter Pye è stato stampato in Inghilterra dal 1884, al 1924 in 9 edizioni. Migliore elogio non se ne potrebbe fare. Non è un manuale di chirurgia nè di medicina operatoria. Insegna i dettagli del lavoro chirurgico che nella corsia e nel posto di pronto soccorso deve eseguire l'assistente che si inizia all'arte. Certamente il chirurgo di oggi ha una mentalità e una personalità ben differente da quella che esprime l'etimologia della parola chirurgo, però l'importanza della tecnica e della abilità manuale se è diminuita relativamente allo sviluppo assunto dal lato scientifico della chirurgia non lo è certo assolutamente parlando.

La nona edizione del libro è stata curata da Clayton Green e numerose sono le aggiunte e le modificazioni tanto nel testo che nelle illustrazioni.

M. A.

Dott. FILIPPO MARINELLI. *Lesioni traumatiche e chirurgiche delle vie biliari estraepatiche*. L. Cappelli, ed. Bologna, 1924.

È un bel volume di 584 pagine diviso in due parti: nella prima l'A. tratta ampiamente della anatomia e semeiologia delle vie biliari, della tecnica generale degli interventi operatori e delle vie di accesso.

Dopo aver riassunto le nozioni di fisiologia delle vie biliari e della bile, svolge diffusamente quella parte della fisiopatologia delle lesioni traumatiche dei dotti biliari che riguarda specialmente gli effetti del versamento della bile nel peritoneo, e quelli sui vari apparati dell'organismo dovuti alla conseguente colemia. Tratta delle complicazioni e degli esiti delle ferite biliari, portando un contributo personale di ricerche sperimentali riguardante alcune modalità della guarigione delle ferite della cistifellea e del coledoco, e dirette a studiare le cause della rapida mortalità nel coleperitoneo.

Nella seconda parte — fatto un cenno storico della chirurgia biliare — prende a considerare le varie lesioni traumatiche accidentali ed operatorie delle vie biliari, nella loro eziologia, decorso e conseguenze; riporta dati statistici e note casistiche ed illustra le direttive chirurgiche nella difficile opera di riparazione o di rifacimento di dette vie.

a. c.

J. OKINCZYC. *Cancer de l'intestin*. Gaston Doin, ed., Paris, Prix. 15 frs.

Il tumore maligno dell'intestino (sarcoma ed epitelioma) costituisce uno di quei capitoli d'indole medico chirurgica, in cui la collaborazione del medico e del chirurgo si risolve in una ra-

pida diagnosi, in un precoce intervento, in un benefizio incalcolabile del paziente. Il libro considera il problema, sempre difficile, dal punto di vista diagnostico nelle varie sedi del tumore, utilizzando tutta la semeiotica fisica, e la moderna indagine radiologica; dà larga parte all'intervento curativo chirurgico, che è l'unico mezzo di cura quando la diagnosi sia posta. Libro utile quindi e al medico che vuol diagnosticare e al chirurgo che deve operare, arricchito di buone illustrazioni, e di documenti istologici, esce sotto la benemerita istituzione « *Bibliotèque du cancer* » diretta da Hartmann e da Bérard.

T. PONTANO.

STERNBERG. *Der Heutige Stand der Lehre von den Geschwülsten im besonderen der Carcinome.* Edit. Springer, Vienna, 1924 (45,000 corone).

È un breve compendio, che all'infuori della nostra, riassume in poche pagine tutte le notizie della letteratura straniera.

R. BRANCATI.

T. MANCIOLI. *Malattie dell'orecchio, del naso e della gola.* Prezzo lire 28. Ed. Hoepli. Milano.

L'A. presenta la II Edizione del volume pubblicato sotto gli auspici del Ferreri circa venti anni fa, interamente rifatta ed accresciuta.

La nuova edizione è frutto dell'esperienza di molti anni di complessa attività professionale, civile e militare, che ha permesso all'A. di sottoporre al vaglio della critica idee, criteri ed apprezzamenti teorici non sempre sufficienti a risolvere le difficoltà che si incontrano nella pratica.

Il volume tratta in forma compendiosa, ma chiara ed esauriente, la vasta materia che è oggetto della specialità, in modo da rendere facile al medico e allo studente la ricerca dei sintomi con i mezzi più semplici e sicuri, e l'orientamento nella diagnosi e nelle indicazioni terapeutiche; esso è perciò consigliabile ai medici che pur non esercitando la specialità, si trovano di frequente di fronte a casi che richiedono una pronta diagnosi ed un pronto soccorso.

Notevole è il contributo personale dell'A., portato in molti ed importanti problemi di fisiologia, patologia e terapia.

Originali e ricchi di esperienza i capitoli che trattano la parte sociale della specialità: profilassi, malattie professionali, infortuni sul lavoro.

S. D.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 9 gennaio 1925.

Presidente: prof. E. ALFIERI, presidente.

La frenicotomia in malattie varie del polmone e della pleura.

Prof. G. MORONE. — L'O. studia la questione della frenicotomia nel trattamento di varie malattie del polmone e della pleura sulla base di 54 casi da lui operati. In base alla esperienza fatta, allo stato attuale delle sue convinzioni sul valore della frenicotomia nelle forme morbose trattate, l'O. crede di poter affermare che la frenicotomia può costituire per molti casi di tubercolosi polmonare, unilaterale, a decorso cronico, sopratutto postpleuritiche, un atto terapeutico a sè. La resezione del frenico però è meno efficace del pneumotorace terapeutico, e non può essere sostituita a questo; può eventualmente esservi associata quando esso riesca parziale, e potrà ancora completarne l'azione, quando, a cura pneumotoracica ultimata, si trovi conveniente di creare condizioni permanenti atte a limitare la riespansione del polmone, o questo abbia perduto la capacità a riespandersi.

Essa è pure meno efficace delle toracoplastiche estese; potrà sempre essere un utile complemento di queste, sia come preparatoria all'operazione più grave, sia per valutare meglio eventuali controindicazioni alla toracoplastica, quando lesioni iniziali controlaterali prendano un più alacre sviluppo, sia per rendere parziale la demolizione toracoplastica, quando si tratti di lesioni polmonari relativamente limitate.

L'O. considera come processi ottimi la resezione estesa del nervo (di 8-10 cm.) e il processo di Goetze (associazione della resezione del nervo succlavio a quella del frenico). L'estirpazione totale del nervo alla Felix è la sola però atta a interrompere radicalmente l'innervazione del diaframma, e generalmente riesce di esecuzione non difficile.

Toracoplastica e toracotomia secondaria per tubercolosi polmonare complicata con empiema pleurico putrido.

Prof. G. MORONE. — Tra i diversi casi di toracoplastiche per tubercolosi polmonare da lui eseguite, l'O. ritiene meritevole di particolare attenzione l'osservazione riferentesi ad un tubercoloso polmonare grave, con ascesso — già in precedenza curato a lungo con pneumotorace terapeutico — in cui si formò un empiema pleurico putrido, che fu trattato in un primo tempo con una toracoplastica di tipo misto, Wilms-Sauerbruch, con lo scopo di mantenere nel modo più efficace il collasso dell'organo malato e di ridurre preventivamente

la cavità empiematica — in condizione di asepsi —; e solo in 2° tempo con una toracotomia. Nelle more causate dal primo intervento l'infezione della pleura fu dominata mediante toracentesi ripetute e lavaggi.

L'indirizzo terapeutico seguito si dimostrò della maggior efficacia, così che l'O. crede debba essere consigliato nei casi analoghi in cui sia indicato e possibile, specialmente dati gli insuccessi terapeutici del trattamento chirurgico ordinario.

La prova del cloroformio sui liquidi di idrocele.

Prof. G. MORONE. — L'O. riferisce i risultati avuti con la prova del cloroformio sui liquidi di idrocele, eseguita per differenziare gli idroceli cosidetti essenziali dai sintomatici.

I risultati della prova corrisposero nel modo più soddisfacente, salvo in tre casi, che presentavano particolari condizioni anatomo-patologiche: tanto che si può ritenere dimostrato che l'esito negativo della prova ha un significato decisivo per la diagnosi di idrocele essenziale della vaginale e del funicolo; che la reazione ritardata di 5-6 ore è caratteristica delle pachivaginaliti; che la reazione positiva e precoce ha un valore di massima assai probativo per la diagnosi di idrocele sintomatico o di vaginalite clinicamente primitiva, di natura specifica tubercolare. Occorre escludere che si tratti di cisti spermatiche, nelle quali la reazione è sempre positiva. Anche nelle cisti di sacchi erniari la prova è positiva.

L'O. espone la tecnica usata e illustra i risultati della prova con alcune considerazioni di fisiopatologia.

Assenza congenita del perone.

Dott. T. BENZI. — Riferisce un caso capitatogli all'autopsia di assenza congenita del perone, in un giovane di 28 anni, con presentazione del pezzo anatomico e di due radiografie.

L'assenza del perone era accompagnata dalla tibia incurvata all'esterno, con incompleto sviluppo del tarso, rappresentato da tre pezzi, uno prossimale e due distali, con mancanza del IV e V osso metatarsale e dita corrispondenti.

Seduta del 16 gennaio 1925.
Presidenza: prof. LEGNANI, presidente.

Ricerche sui liquidi d'idrocele essenziale e sintomatico.

Dott. F. LEINATI. — Dai risultati ottenuti crede di poter concludere:

1) È possibile la differenziale degli idroceli sintomatici dagli essenziali in base all'esame del liquido.

2) L'idrocele essenziale è un processo infiammatorio cronico o cronicizzatosi dopo breve periodo di acuzie della vaginale.

3) Quanto alla genesi della vaginalite nell'idrocele essenziale non è possibile stabilire allo stato attuale delle nostre conoscenze, la natura del processo infiammatorio. Si può escludere però che il processo abbia un'origine tubercolare dimostrabile.

4) Il liquido dell'idrocele essenziale presenta i caratteri di un versamento essudativo: spesso questi caratteri non sono molto netti e decisivi; il che si può attribuire alla tenuità del processo infiammatorio che colpisce la vaginale.

Un caso di necrosi del pancreas.

Dott. T. BENZI. — Riferisce un caso di necrosi del pancreas in una giovane donna morta per tubercolosi ulcerosa bilaterale.

Il pancreas, aumentato di volume, molliccio, congesto ed emorragico, impigliato principalmente verso la testa in un tessuto connettivale fibroso, presenta, in questa porzione, un imponente processo necrotico con profuse emorragie che si estendono al resto dell'organo con focolai isolati e confluenti. Discute la probabile patogenesi dell'affezione.

Ricerche sul colostro (nota riassuntiva).

Dott. E. BRUGNATELLI. — Riporta succintamente la serie di ricerche istituite sul colostro. Queste si possono così distinguere: dimostrazione nel c. di un'azione biologica — da alcuni riferita a sostanze di natura ormonica — inettato in animali; azione che, essendosi dimostrata particolarmente vivace sull'utero di animali gravidi, è stata dall'O. ulteriormente definita con esperienze sull'utero isolato. Con questa tecnica si ottennero grafiche simili a quelle ottenute con estratti mammari.

Dimostrazione nel colostro di fermenti e specialmente abbondanti gli amilolitici (ricerche collaterali del Vercesi studiarono nel c. il contenuto di soli fermenti nelle varie epoche della gestazione, parallelamente al sangue ed all'orina).

Dimostrazione nel colostro di vitamina B (col metodo preconizzato dal Ganassini, dell'attivazione della glicolisi da lievito di birra).

Esito negativo ebbero ricerche sul contenuto in anticorpi batterici (ceppi dissenterici studiati con tecnica analoga a quello del D'Herelle).

Alcune osservazioni d'indole clinica della pediatria e della veterinaria inducono l'O. a pensare ad una possibile azione favorevole del colostro sui primi periodi della vita del lattante (periodo dell'insorgenza della portata lattea).

Dottori F. RICCI e A. ACQUADRO. — *Sulla terapia dell'empiema pleurico acuto.*

Dott. G. SCOTTI FOGLIENI. — *Sulla resistenza delle vitamine al calore.*

Dott. A. PERIN. — *Sulla sieroterapia della polmonite lobare.*

Dott. L. VILLA. — *Il fegato nella ipoglicemia da insulina.*

Dott. FRANCESCO RICCI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Meningococcemie a tipo di febbre intermittente.

La conoscenza delle setticemie da meningococchi è recente: le osservazioni, moltiplicatesi negli ultimi anni, ne hanno mostrato il polimorfismo, in assenza di lesioni meningee, con descrizione di forme tifoidi, reumatoidi, di porpora infettiva, oculari, pseudomalariche.

Di questo ultimo tipo E. Sergent (*Journal des praticiens*, n. 35, 1924), delinea il quadro clinico. L'inizio brusco coglie il soggetto in pieno benessere apparente, ed è costituito da brivido intenso, poliartralgia, eritema maculoso o papuloso, o purpurico. Al brivido succede lo stadio di calore, la temperatura ascende a 39°-40°, e infine l'accesso termina dopo tre o quattro ore, con sudorazione profusa e sensazione di benessere. Gli accessi si ripetono, ora con regolarità a tipo quotidiano, o di terzana, o di quartana; ora irregolarmente per settimane, e talvolta per mesi, senza che il prolungarsi di essi alteri profondamente lo stato generale. La malattia termina quasi sempre (90 % dei casi), anche senza l'intervento di una terapia attiva, con la guarigione che sopravviene bruscamente, come l'inizio, con un vero choc clinico, simile a quello che si ottiene con l'uso di alcuni medicamenti attivi. Il meningococco C sembra essere, il più sovente, la causa di tale stato morboso. Sono stati vantati successi terapeutici con la sieroterapia e vaccinoterapia specifica, con la terapia aspecifica (vaccini, metalli colloidali, proteine), e sono stati descritti anche casi numerosi di guarigioni spontanee. Queste setticemie cedono tanto più alla terapia quanto più antica è la loro data. Sono sopratutto temibili le localizzazioni articolari, viscerali, e particolarmente la lesione meningea, che può sempre apparire nel corso della malattia, o dopo, oscurando la prognosi e modificando le indicazioni terapeutiche. Nelle meningococcemie con meningite, infatti, il trattamento di scelta è la sieroterapia specifica intensa e prolungata, mentre nelle forme pure non sembra che si tragga particolare beneficio della terapia specifica.

Conclusione generale importante: in presenza di una setticemia tenace, prolungata, senza segni di endocardite, con accessi febbrili violenti, intermittenti che non turbano molto lo stato generale, bisogna pensare più che allo streptococco, alla meningococcemia. Questa distinzione diagnostica importa una prognosi essenzialmente differente, poichè delle setticemie, la meningococcica è forse la meno grave, e la streptococcica la più temibile di tutte.

A. PICCINELLI.

Contributo alla conoscenza della encefalite meningitica.

Le forme meningitiche dell'encefalite, dice O. Lichtwitz (*Wiener klinische W.*, n. 8, 1925), sono spesso difficili a distinguersi dalle altre forme di meningite, in particolar modo dalla meningite tubercolare e dal complesso delle cosidette meningiti sierose. È descritto un caso di meningite encefalitica in una donna di 27 anni ammalatasi improvvisamente con dolori di gola, disturbi della deglutizione, poco dopo vomito ripetuto e febbre accompagnata da intensa cefalea; contemporaneamente impossibilità di aprire l'occhio destro; aprendo artificialmente l'occhio destro, si manifestava diplopia.

Nei giorni successivi si manifestarono spiccati sintomi meningitici. La puntura lombare diede esito a liquido limpido, sotto pressione alquanto aumentata, pleocitosi (85 cellule, in prevalenza linfociti), reazione di Nonne e di Pandy positive, Wassermann negativa. Formazione rapida di reticolo a ragnatela. Ripetuta la puntura lombare il giorno dopo, il numero delle cellule era aumentato a 148; nè in questo liquor nè in quello precedente, nè in quelli estratti successivamente si riuscirono a mettere in evidenza bacilli di Koch. Punture lombari successive dimostrarono una progressiva diminuzione degli elementi cellulari; migliorarono intanto i sintomi generali fino a guarigione completa. In ogni caso di meningite sierosa si dovrebbe pensare alla possibile esistenza di una encefalite meningitica. Il reperto del liquor è spesso, come nel caso riferito, molto simile a quello che si ha nella meningite tubercolare. Mentre però in quest'ultima forma le cellule sono poco numerose all'inizio ed aumentano successivamente, un liquor inizialmente ricco di cellule che diminuiscono poi nel decorso successivo della malattia è caratteristico per la forma encefalitica della meningite (Netter).

Importante per la diagnosi differenziale è il contenuto in zucchero del liquor; mentre normalmente esso è di 50 mmgr. per cento, è costantemente diminuito nella meningite tubercolare, di solito aumentato invece nella meningite encefalitica.

POLL.

Varietà poco note di paralisi del plesso brachiale.

Fra le varietà non traumatiche della paralisi del plesso brachiale, si possono identificare, oltre a quelle legate all'esistenza di una costa cervicale, le due seguenti:

1) *Dovuta a tubercolosi pleuropolmonare apicale.* Trattasi, di solito, di paresi discrete e tran-

sitorie, con sintomi motori, sensitivi, riflessi e trofici e di modificazioni elettriche caratteristiche. Le manifestazioni dolorose dominano generalmente il quadro clinico. Tali paresi si osservano nelle tubercolosi fibrose, in cui i fatti reattivi fibro-adiposi inglobano i tronchi nervosi e determinano una curvatura sopraclavicolare; sono quindi, dal punto di vista della tubercolosi, di prognosi favorevole.

2) *Nel reumatismo cervicale cronico*. A. Léri (*La presse médicale*, 1925, n. 17, p. 41) riporta un'osservazione in cui la radiografia mostrava delle lesioni reumatiche limitate alla 5ª-6ª costa cervicale e la paresi amiotrofica si trovava nel dominio della 5ª radice cervicale. La paresi è spesso associata e dissociata, in quanto che, essa raramente prende tutti i muscoli tributari di un tronco nervoso, mentre può prendere quelli innervati da tronchi vicini. Talora è, anche momentaneamente, bilaterale. L'amiotrofia è più importante e più precoce che la paresi. I disturbi hanno talvolta il tipo della paralisi radicolare del plesso brachiale, altre volte invece danno il quadro di un'amiotrofia primitiva o della paralisi di un nervo periferico.

Questi casi, relativamente frequenti, possono essere identificati, grazie alla radiografia e conseguentemente trattati. *fil.*

TERAPIA.

Schema di trattamento di un gottoso.

Boulumié (*Journal de médecine français*, giugno 1924) consiglia il seguente:

Regime misto, povero di purine, moderatamente carneo e largamente vegetariano, che risparmi il fegato senza tuttavia eliminarne la funzione con l'abolizione di ogni stimolante; che non irriti lo stomaco, non dia fermentazioni intestinali, nè ritenzione fecale; alimentazione semplice, variata, in quantità moderata.

Bevande abbondanti, ma non eccessivamente, per non sovraffaticare il rene. Tisane diuretiche (foglie di frassino, di boldo, di fragola), acque minerali alcalino-ferrose, specialmente calciche, vino sempre in piccola quantità (100-120 cmc. per pasto). Cure idrominerali con le acque indicate.

Fra i medicamenti, usare per un tempo più o meno lungo il citrato di sodio, solo, o con solfato e bicarbonato di sodio. Prescrivere inoltre un preparato alcalino (benzoato, salicilato o bicarbonato di sodio) o la piperazina (se vi è dolore, piuttosto dell'atofan) ovvero il salicilato o benzoato associati alla cascarina, all'evonimina, al calomelano, per agire sul fegato; oppure l'acido timinico, sotto forma di solurol. Sarà conveniente alternare l'uso di questi medicamenti, tanto più che ogni malato reagisce diversamente e si può, in tal modo, vedere quale sia il più opportuno.

Nell'accesso di gotta, come cura locale è consigliabile la seguente: 1) nel periodo di tumefazione progressiva, immobilizzazione elevando leggermente le parti dolorose; unzioni oleose sedative, immediatamente seguite da applicazioni calde di compresse umide ed impacchi. In seguito, spennellature con una miscela di tintura di jodio, tintura di oppio, salicilato di metile e tintura di benzoino; più tardi, frizioni con alcoolati aromatici e toni-vascolari. Negli stati subacuti, applicazioni salicilate, rese accettabili con la deodorizzazione; anche le preparazioni a base di cloroformio o di etere possono dare sollievo.

Il colchico va dato all'inizio dell'accesso e non al di fuori di questo, poichè altrimenti si tende a trasformare la gotta in atonica; soprattutto il malato non deve prendere tale medicamento al primo allarme, quando non si tratta che di un dolore passeggero. Somministrato a dovere e sotto attiva sorveglianza, non è pericoloso. L'A. consiglia 20 gocce della tintura al giorno, prese in 2-3 volte al mattino, a digiuno, portando la dose a 30, se non vi sono fenomeni di intolleranza, e continuandola 1-3 giorni; per altri 2-3 giorni, ritornare a 20, poi a 10-15 per altri 2-3. Si possono dare anche la colchicina o degli specifici a base di colchico.

Invece del colchico, si potranno usare altri medicamenti, secondo i casi e cioè: i sali di chinino, specialmente il bromidrato, soli o con antipirina, piramidone, aspirina, talora l'atofan od il salofene. Anche questi palliativi possono dare buoni risultati. *fil.*

L'esercizio muscolare nel diabete mellito.

K. S. Hetrel (*The Br. Med. Journ.* gennaio, 17, 1925) ha studiato nei diabetici l'effetto dell'esercizio muscolare sulla quantità di glucosio contenuta nel sangue e nelle urine, e sulla produzione e quindi escrezione di chetoni.

I pazienti prima degli esperimenti sono stati sottoposti per qualche tempo a trattamento con insulina e a regime dietetico.

L'esercizio eseguito consisteva nel « segnare il passo di corsa » per un certo numero di minuti. Si prelevavano campioni di sangue e di urina prima e dopo gli esercizi, e si calcolava approssimativamente la quantità dei chetoni urinari con la prova del nitroprussiato di sodio.

Dai risultati ottenuti l'A. è venuto alle seguenti conclusioni:

1) L'esercizio muscolare nei diabetici fa scemare il glucosio del sangue purchè vi sia una adeguata provvista di insulina nei tessuti;

2) In queste condizioni il metabolismo è più

perfetto e completo come lo dimostra la scomparsa dei chetoni dalle urine;

3) Come conseguenza dell'esercizio la glicemia tende a cadere rapidamente tra 0.07 e 0.10 % ma non si abbassa di più;

4) Non si è avverata alcuna reazione ipoglicemica durante gli esercizi, anche se il contenuto iniziale di glucosio nel sangue non sorpassava il 0.07 %;

5) L'esercizio muscolare non ha tendenza a produrre acidosi purchè vi siano a sufficienza carboidrati e insulina per la loro trasformazione;

6) L'esercizio muscolare nei pazienti che non hanno sufficiente insulina, endogena o esogena, non produce cambiamenti sulla concentrazione del glucosio nel sangue, ma aumenta sensibilmente la produzione dei chetoni con conseguente acidosi e possibile sopraggiungere del coma diabetico;

7) Da quanto è stato detto risulta che l'insulina è essenzialmente associata ai processi metabolici nei muscoli; essa non è apparentemente necessaria per la trasformazione del glicogene in acido lattico nella contrazione muscolare, ma la trasformazione del glucosio in glicogene e il metabolismo dei muscoli dipendono dalla sua presenza.

M. MARGOTTINI.

Salasso e ipertensione.

Lian, Finot e Clovis Vincent (*L'Anné Médicale pratique*) espongono l'opinione propria sui danni dei salassi abbondanti negli ipertesi ateromatosi.

Le emissioni sanguigne combattono non l'ipertensione in sè, ma i suoi accidenti: è illusorio sperare di abbassare la pressione arteriosa con un salasso mensile di 200 gr.

In genere il salasso è miracoloso contro le crisi di dispnea: un salasso di 200-300 gr. basta per calmare subito una crisi di pseudo asma, 5-600 gr. per salvare il p. dall'edema polmonare acuto. In alcune cefalee ribelli in ipertesi si tenteranno i piccoli salassi: in alcune congestioni locali, polmonari od epatiche è d'obbligo la ventosa scarificata, le sanguisughe sulla mastoide, alle tempie, ecc. Ma il salasso abbondante è dannoso negli ipertesi ateromatosi! Questi due esempi sono istruttivi:

Un uomo di 65 anni con mx = 25, mn = 12 si lagna di affanno. Salasso di 800 gr. Poche ore dopo coma ed emiplegia sinistra.

Una donna di 62 anni (mx = 28, mn = 12) accusa dispnea da sforzo e penosa pesantezza alla nuca. Salasso di 800 gr. alle 11. Poche ore dopo perdita della conoscenza, emiparesi destra, afasia; morte dopo 5 giorni. All'autopsia ateromasia diffusa, specie al cervello. Focolaio di rammollimento cerebrale.

È probabile che in questi malati per la strettezza del canale arterioso, l'ipertensione è in qualche modo necessaria per assicurare il necessario afflusso sanguigno: una caduta brutale della pressione sanguigna può aver per conseguenza una riduzione troppo grande dell'irrigazione sanguigna in un territorio cerebrale.

L'osservazione precedente indica pure che in un iperteso ateromasico colpito da ictus con emiplegia, il medico sagacemente non praticherà il salasso se l'insieme sintomatico non gli indicherà nettamente — trascurando le sfumature — che non si tratti di trombosi cerebrale.

MONTELEONE.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Condizioni etiologiche di un'endemia gozzigena.

Il gozzo endemico è molto diffuso negli abitanti del comune di Robertsan vicino Strasburgo. Alcuni poderi costituiscono dei veri focolai di origine avendovi notato diversi individui ed animali con gozzo. In una famiglia si trovarono 3 su 4 bambini con ipertrofia della tiroide. Da una inchiesta fatta nelle scuole comunali risulta che la frequenza del gozzo aumenta dai 5 ai 6 anni fino ai 14 raggiungendo un massimo di 35 %. (Borrel, Boez e Freysz. *Soc. de biologie*, gennaio 1925).

Per l'etiologia non si può invocare nè una carenza di iodio o altre carenze chimiche poichè in un paese alle porte di Strasburgo non si può pensare ad un diverso contenuto in iodio degli alimenti, nè un'azione dell'acqua. Invece i punti che costituiscono i focolai più importanti dell'endemia hanno delle *condizioni d'igiene difettose*: il suolo è coperto di concime e di scoli di feci, i legumi raccolti vengono accumulati senza precauzioni e così lasciati a diverse cause d'inquinamento, l'acqua da bere viene tolta da pozzi con una profondità di 2-3 metri ove può filtrare qualunque oggetto che contamina il suolo.

Hanno studiato la quantità di gozzi in bambini che bevono *acqua dei pozzi* in confronto ad altri che bevono *acqua corrente* incanalata ed è risultato che il 66,4 % dei bambini gozzuti sono alimentati con acqua sotterranea ed il 33,6 % con acqua corrente e la differenza sarebbe ancora più forte se non avvenisse che abitanti con acqua corrente non bevessero spesso acque dei pozzi contaminati.

Hanno ancora studiato la quantità di gozzi in individui che abitano *al piano terreno* e in quelli che abitano nei piani sopraelevati dal suolo e si è visto che su 100 ragazzi con gozzo, 61 abitano al piano terreno, così che si ha una pre-

dominanza del gozzo in quelli che vivono in vicinanza del suolo.

Fondandosi su questi dati hanno studiato l'*infestazione verminosa* dell'intestino che rappresenta un ottimo indice della contaminazione digestiva, ricercando la frequenza d'infestazione per il tricocefalo e l'ascaride: e l'indice d'infestazione con la conta delle uova di tali elminti trovati in 100 campi microscopici. Hanno così esaminato 60 bambini gozzuti della scuola comunale del paese con l'endemia e 20 bambini indenni delle scuole di Strasburgo. La differenza è molto netta: il 90 % dei bambini con gozzo presentano parassiti intestinali, con una intensità del 93,4, mentre i bambini normali presentano il 25 % d'infestazione con una intensità del 0,30.

Intanto si può dire che l'endemia gozzigena si manifesta in un ambiente caratterizzato da una igiene alimentare difettosa che attira l'attenzione su una possibile azione del parassitismo intestinale.

La *teoria parassitaria* sostenuta da Troxler Bramley, Virchow che incriminano un agente microbico portato con l'acqua, è stata recentemente difesa da Carrison che ha trasmesso il gozzo a ratti, topi, capre mediante l'ingestione di feci di gozzuti e di culture di aerobi e di anaerobi da esse isolate. Inoltre si sarebbero ottenute delle *alterazioni tiroidee* con tossine di tenia o di ascaride. Gli AA. hanno alimentato dei ratti con feci di gozzuti ma finora senza risultato; tenteranno ancora nei cani, ma attualmente possono dire che l'intensità d'infestazione intestinale dei gozzuti li orienta verso un'origine digestiva da precisare.

BR.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sieroterapia nella polmonite e nel tifo. — Al dottor M. C., Frasso Telesno):

La sieroterapia e nella polmonite e nel tifo si *può impunemente adoperare*, se i sieri siano introdotti per via sottocutanea od intramuscolare; unico inconveniente è rappresentato dai facili esantemi da siero e dalla malattia da siero che si nota nel 10-15 % dei casi. Per la via endovenosa bisogna agire con prudenza ed essere preparati allo scoppio di fenomeni di una certa importanza, che possono allarmare ammalati e familiari (choc proteinico).

L'*utilità* della sieroterapia e nel tifo e nella polmonite è seriamente contestata e discussa: nella polmonite non è neppure persuasiva l'efficacia, nei lavori di coloro, che hanno usato sieri specifici per i vari tipi di pneumococchi.

Esperienza personale nella sieroterapia endovenosa con l'uso di sieri specifici ed aspecifici, mi porta a ritenere che un certo numero di brillanti resultati, troppo scarsi per giustificare la generalizzazione del metodo, siano da attribuire più alla proteinoterapia aspecifica, che non alla terapia serica specifica.

T. PONTANO.

Vaccinazione tubercolare e uso della tubercolina. — All'abb. n. 9979:

In soggetti con cutireazione positiva e senza manifestazioni tubercolari sono indicate le cure di aria, alimentari e ricostituenti. Non indicata è la tubercolinoterapia; l'uso dei vaccini propugnato da alcuni, può essere tentato: tra i vaccini proposti nessuno finora ha ottenuto il consenso universale.

T. P.

All'abb. n. 10556-1:

L'unico trattato di semeiotica pediatrica è quello del Feer, recentemente tradotto in italiano, non è però un trattato completo. In italiano non ne esistono di recenti in quella materia.

POL.

Cura dell'endocardite. — Al dott. Gabri Giuseppe, abb. n. 1362:

Bisogna distinguere l'endocardite reumatica dalla endocardite settica. La reumatica deve essere trattata coi salicilici: in essa non si deve perdere tempo tentando le iniezioni di sublimato endovenose.

Nella endocardite settica (che in un certo numero di casi, e specialmente nelle forme lente, è data dallo strep. viridans seu mitior) i salicilici sono inutili, inutile resta anche l'uso del sublimato, purtroppo inutili anche i vaccini e gli autovaccini.

T. PONTANO.

Morte per puntura della pleura. — Al dott. D. V., Schio:

Sono descritti pochi casi di morte improvvisa seguita alla puntura della pleura in casi di pleurite essudativa. Nemmeno l'autopsia, ha rotto il mistero che avvolge questi casi oscuri, fortunatamente rarissimi.

T. PONTANO.

Vagolabilità. — All'abbonato n. 5062:

La patogenesi delle sindromi vagali e simpatiche in rapporto alla funzione delle singole glandule endocrine è tutt'altro che precisa. In conseguenza non possono esservi indicazioni opoterapiche di sicura efficacia.

La cura della vagolabilità si poggia attualmente prevalentemente sui soliti mezzi atti a rinforzare l'organismo ed a calmare le eventuali crisi avute.

dr.

VARIA.

L'uomo senza personalità.

L'uomo della strada, l'uomo senza una personalità propria vive secondo regole prescritte, ha paura quando è solo e cerca quindi sempre un appoggio, aspettando le direttive dai consigli, dagli ordini; obbedisce a tutti i movimenti esteriori e non diffida che della propria ragione.

Analogamente a microbi che, in un brodo di cultura esaurito si vanno raccogliendo insieme, gli individui senza personalità, nelle società intossicate, si riuniscono, si radunano nelle città. Incapaci di improvvisare, di vivere o di morire da soli, gli uomini senza personalità vanno cercando le associazioni con statuti fissi, s'introducono nelle società, nei *clubs*, nei sindacati. Hanno perduto l'intelligenza ed il gusto delle gioie semplici e si riuniscono quindi per i piaceri come si riuniscono per il lavoro.

Piaceri e lavoro, del resto, finiscono per essere senza valore e senza gioia; un uomo, una donna sani di spirito non potrebbero certo trovare un godimento nel produrre o nell'utilizzare tutti quelli articoli di lusso fabbricati a serie, ciarpame senza solidità, senza valore di arte che noi vediamo oggi tanto diffuso. L'uomo medio così, senza cognizioni, senza gusti artistici o letterari non vede altra gioia che nel denaro e non desidera altro che arricchire senza fatica e in fretta. Si vengono poi abbandonando gli usi convenzionali, la gentilezza, le convenienze, il rispetto delle convenzioni e della parola data, tutto quanto costituisce l'attrazione e la salute di una società umana, mentre si diffondono sempre più la frode, la menzogna, la violenza; ed ecco i *trusts* da una parte, gli scioperi dall'altra.

Ricacciati nella stretta zona della sessualità, i rapporti fra uomo e donna diventano sempre più deboli, impersonali; la famiglia langue e scompare. Diminuiscono le possibilità di matrimonio e quindi le donne cercano un diversivo, nel lavoro e nei divertimenti di carattere maschile; rivali degli uomini, si riuniscono anche esse in masse e perdono, con la grazia femminile, la loro piazza forte, il focolare domestico, in cui, nelle società sane, attirano e dominano il sesso opposto.

La divisione sociale del lavoro, la mancanza di una casa stabile mettono di moda l'abitudine di far preparare da altri le vivande ed analogamente l'uomo della folla, incapace di avere un'opinione, la acquista al mattino ed assorbe nelle frasi dei giornali demagogici tutte le tossine dei detriti dell'alimentazione intellettuale degli altri.

Poco sicuri di loro stessi e dei loro camerati, gli uomini senza personalità si spiano reciprocamente per essere sicuri che i vicini non diano prova di indipendenza. Lo spionaggio e la delazione completano ed aumentano la pusillanimità.

Così si costituiscono le folle moderne, masse informi sballottate qua e là dalle diverse correnti e sempre pronte ad obbedire, sulla base di certe affinità spirituali, ad individui oscuri, spesso degenerati o pazzoidi che convengono al loro stesso livello spirituale e morale.

Bisogna reagire contro queste tendenze, difendere gelosamente la nostra personalità, eliminando tutte le regolamentazioni che tendono a soffocare gli individui. P. Desfosse (*Presse médicale*, 28 febbraio 1925) fa in proposito una carica contro il caporalismo germanico. Esso, però, ci appare una cosa di poco conto di fronte alla standardizzazione americana ed a certi sistemi preconizzati dagli ultraigienisti o da alcuni visionarii dell'eugenica, per i quali ogni sorta di attività umana dovrebbe essere preveduta e regolamentata da pochi che la pretendono ad illuminati. Le razze latine e specialmente l'italiana difficilmente potranno sottostare al caporalismo, perchè hanno, se mai, il difetto opposto. È però necessario istillare in tutti il rispetto dei diritti altrui ed il sentimento di gentilezza e di urbanità, incoraggiando altresì lo slancio degli individui indipendenti, favorendo gli operai liberi e sostenendo la famiglia ed il focolare domestico. In tal modo la nazione potrà essere non già un branco di animali, ma una società di uomini liberi, ed avviarsi così verso più alti destini.

fl.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

SANGUINETI LUIGI ROMOLO. *Trauma sessuale, nevrosi di difesa e psico-analisi.* — Siena, Tipografia S. Bernardino, 1923.

ID. *Personalità alternante a tipo medianico.* — Genova, G. B. Marsano, 1923.

SEGA ACHILLE. *Gli spostamenti acquisiti permanenti del mediastino da sclerosi pleuro-polmonare.* — Bologna, L. Cappelli, 1923.

TRIOLO G. *I globuli rossi e la struttura del sangue.* — Tunisi, Finzi, 1923.

VENEMA T. A. *Ueber die Wirkung subkutaner Terpentininjektionem bei Kaninchen.* — Jena, Gustav Fischer, 1923.

VIGORELLI ATTILIO. *Demolizione utero-ovarica e tubercolosi.* — Firenze, C. Ariani, 1923.

VINCENT E. *La Fondation Rockefeller.* — Comte-rendu de 1922. New York, 1923.

VITALI FABIO. *Meningiti sifilitiche.* — Venezia, Scuola Tip. Emiliana, 1923.

WEYGANDT W. *La psicopatologia nell'arte.* — Ferrara, Ind. Graf. Italiane, 1923.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Le istituzioni antitubercolari in Russia.

Da quanto riferisce A. Ferrannini (*Italia Sanitaria*, anno XVI, n. 36) che ha visitato tali istituzioni in occasione del Congresso russo contro la tubercolosi, i fondamenti generali della profilassi antitubercolare ivi adottati sono: 1) unicità di direzione, amministrazione e controllo; 2) specializzazione del lavoro dei medici e del personale sanitario; 3) rappresentanza delle associazioni operaie nel comitato o consiglio direttivo di ogni istituzione; 4) spese a carico del Governo, con il contributo obbligatorio da parte degli enti locali e delle società di assicurazione; 5) assistenza gratuita agli infermi di ogni sorta.

Le istituzioni antitubercolari dipendono dal Commissariato (o Ministero del popolo) di Sanità pubblica, istituito fin dal 1918 e sono: dispensari diurni e notturni, sanatori tubercolosari, colonie estive, colonie agricole e forestali, campi di sole, dispensari di refezione. La loro funzione si svolge d'accordo con le cattedre universitarie governative per la maternità e l'infanzia. Dell'interesse per la salute delle madri e dei bambini come cardine della profilassi antitubercolare, è prova il fatto che la Croce Rossa per l'Ukraina fondava nel 1923, 19 asili per le madri e per la prima infanzia, apportando soccorsi di varia specie a 4775 persone; al 1° agosto 1924, dalla stessa Croce Rossa erano sorrette 127 istituzioni per la salute dei bambini con un bilancio di due milioni di rubli-oro, pari a 24 milioni di lire italiane.

Nei dispensari antitubercolari, il personale sanitario è tecnicamente specializzato in medici, infermieri, dame visitatrici, dame della fratellanza sociale, con le mansioni di tenere anche al corrente ogni informazione sulle condizioni di salute e sulla vita professionale di tutti gli individui compresi nella zona d'azione. Le dette dame, in un giorno fissato della settimana, si recano nelle famiglie, negli asili, negli opifici, nelle campagne per prendere nozione diretta sulla salute dei singoli e provvedere alla disinfezione degli ambienti, alla scelta delle persone da ricoverasi nei sanatori, case di maternità, ecc. Frattanto esse tengono conferenze e discussioni e distribuiscono opuscoli di propaganda e d'igiene sociale. Tutta questa attività si svolge sotto la direzione del « Consiglio del dispensario », di cui fanno parte i medici, le dame ed una rappresentanza delle associazioni dei lavoratori.

Il numero complessivo dei dispensari nei grandi centri è di 118; quello dei sanatori di 201 con 11,221 letti disponibili. Particolare menzione meritano i dispensari notturni, in cui sono ricoverati i tubercolosi che possono curarsi senza abbandonare il lavoro. Quando questo è ultimato, essi entrano nel dispensario, vi lasciano gli abiti da lavoro, indossano quelli disinfettati del dispensario, vi prendono le refezioni, il bagno, vi sono curati con rimedi indicati per ognuno e, sino all'ora del riposo notturno, trascorrono il tempo in obbligatorie istruzioni d'igiene sociale. Al mattino indossano gli abiti da lavoro, che sono nel frattempo stati disinfettati e, dopo una refezione, vanno a lavorare sotto la sorveglianza di un rappresentante sanitario del dispensario stesso, il quale giudica se il lavoro corrisponde alle attitudini ed alle condizioni individuali per poter prendere eventualmente i provvedimenti di smistamento verso altre forme di lavoro più confacente. Tale trattamento si continua fino a che, a giudizio del medico, l'individuo è reintegrato nella sua capacità lavorativa. Per mantenere salda l'efficienza di lavoro produttivo, ogni individuo è sorvegliato ed è obbligato a curarsi in modo che l'essere curato si considera non tanto un diritto quanto un dovere personale rispetto agli interessi sociali.

Il medico, gli infermieri e le dame seguono per due anni un corso speciale, in qualità di alunni interni in istituti governativi; al personale specializzato viene aumentata la paga durante il servizio e vengono spesso concesse « licenze di riposo ».

Vi sono poi cinque istituti scientifici per la tubercolosi e due cattedre universitarie governative.

fil.

Cronaca del movimento professionale.

Per il titolo di Specialista.

In seguito a colloquio avuto col direttore generale della Istruzione superiore, il Presidente della Federazione ha inviato al Ministero dell'Istruzione pubblica il seguente memoriale:

In attesa dell'applicazione del R. Decreto 31 dicembre 1923 n. 2909, riguardante il titolo di « Specialista » da conseguirsi con esame di Stato, dopo speciale corso di studio in Istituti autorizzati, è necessario stabilire norme transitorie per regolare la posizione professionale e morale di quei medici-chirurghi, che si siano già dedicati all'esercizio di una specialità.

La Federazione degli Ordini dei Medici, a completamento di un memoriale già presentato per il tramite della Direzione Generale di Sanità e in

seguito al colloquio avuto dal suo Presidente, prof. Pietro Gallenga, con il comm. Frascherelli, Direttore generale della Istruzione superiore, presenta le seguenti proposte:

1) Siano autorizzati i singoli Ordini dei Medici ad invitare tutti gli inscritti, che dedicano la loro attività ad una branca speciale medico-chirurgica, a presentare domanda di iscrizione nell'Albo degli «Specialisti» per quella specialità da ciascuno indicata.

2) Gli Ordini dei Medici, presa visione delle domande e dei titoli e documenti, in base a norme da stabilirsi, con deliberazione motivata del Consiglio, esprimeranno parere favorevole o contrario. La lista degli ammessi all'Albo degli «Specialisti» sarà pubblicata dai singoli Ordini, salvo ricorso al Ministero della P. I. entro tre mesi dalla suddetta pubblicazione.

Trascorso detto periodo, l'elenco degli «Specialisti» corredato dei titoli e documenti di ogni inscritto, sarà presentato al Ministero della P. I. che, per mezzo di una speciale Commissione, provvederà alla sua revisione ed approvazione.

Solo dopo l'approvazione del Ministero della P. I. sarà valida la inscrizione fatta dagli Ordini.

3) L'iscrizione nell'elenco degli «Specialisti» potrà essere ottenuta da quei medici-chirurghi che appartengano ad una delle seguenti categorie:

a) Professore ordinario, straordinario, incaricato, libero docente.

b) Primario effettivo di sezione specializzata, nominato per concorso.

c) Aiuto o assistente effettivo universitario che sia stato in carica non meno di 4 anni.

d) Vice Primario, aiuto o assistente di sezioni specializzate ospitaliere nominati per concorso, che siano stati in carica non meno di 4 anni.

e) Medici-chirurghi muniti, dopo la laurea, di diploma di un corso di perfezionamento, almeno biennale, e che abbiano poi esercitato esclusivamente la specialità, dopo il conseguimento del diploma, per almeno 4 anni.

f) Medici che, non avendo i titoli precedentemente elencati, già esercitino notoriamente con competenza ed esclusivamente la specialità da almeno 10 anni.

4) I documenti e titoli comprovanti i concorsi, i servizi speciali ecc. dovranno essere in originale o in copia legalizzata.

5) Per i Medici appartenenti alla categoria *f*) il giudizio dell'Ordine sarà basato, oltre che sulle notizie già a conoscenza del Consiglio, su documenti professionali, pubblicazioni e su tutte quelle prove che il richiedente crederà opportuno produrre sul suo interesse. In questo caso la decisione del Consiglio è inappellabile.

6) Soltanto i Medici-chirurghi definitivamente ammessi nell'Albo degli «Specialisti» potranno valersi di questo titolo o adoperare frasi e indicazioni che possano far ritenere che essi siano particolarmente versati in una determinata branca medico-chirurgica.

7) Ai contravventori saranno applicate le sanzioni indicate dall'art. 4 del R. Decreto 31 dicembre 1923.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BENEVENTO. *Amministrazione Provinciale.* — Medico direttore del Ricovero per i Bambini esposti della Provincia; L. 6000. Docum. entro le ore 12 del 15 mag. alla Segret. Età lim. 50 a. al 6 apr. Chiedere annunzio.

ISOLA S. ANTONIO (*Alessandria*). — Proroga 10 mag. Stip. iniziale ed accessori L. 8200 complessive, oltre a comodo e decoroso alloggio.

MONSELICE (*Padova*). — Scad. 10 mag.; 2° reparto; L. 8500 per 1000 pov. e addizionale L. 5; cav. L. 3000; c.-v.; 5 quadrienni decimo. Chiedere annunzio.

MONTEMIGNAIO (*Arezzo*). — Al 15 mag., ore 18; ab. 2000. L. 10,000 e 4 quadrienni decimo, oltre L. 300 uff. san., L. 1200 c.-v. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10. Saranno esclusi i disertori anche se amnistiati. Serv. entro 20 gg.

PIEDIMONTE S. GERMANO (*Caserta*). — Condotta; L. 8000 e 5 quadrienni decimo, oltre L. 500 uff. san. e L. 2400 cav.; tariffa minima Ordine per gli abbienti. Scad. 40 gg. dal 31 mar. Tassa lire 50.10 alla Tesoreria com.

SANT'ARCANGELO DI ROMAGNA (*Forlì*). — Medico primario dell'Ospedale Civile e titolare della condotta del capoluogo; ab. 2769, pov. 350; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 1000 ospedale, due c.-v. Età lim. 35 a. Richiedesi biennio direz. sez. medica ospedale civile importante (*sic*) o triennio di aiuto o assist. clin. med. od ospedali importanti. Tassa L. 50. Chiedere annunzio. A tutto 20 mag.

SERRAVALLE DI CHIENTI (*Macerata*). — Scad. 10 mag. Due cond. (capoluogo e fraz. Acquapagana). Indenn. residenza e cura poveri L. 8000 aumentabili di un decimo ogni quadriennio; caval. L. 2500. Chiedere annunzio.

TRAPANI. — Due condotte rurali: IV Sezione Locogrande e V Sezione Fulgatore; L. 8500 e 9000 rispettivam., per 1500 poveri; tre scatti quadriennali e tre quinquennali di L. 750 per il primo e di L. 800 per il secondo; indennità cavalcatura L. 2500. Termine utile un mese dal 23 aprile.

ZOGNO (*Bergamo*). — A tutto il 20 mag.; ab. 3360, in collina; L. 6500; addizionali di L. 2 e 5; per bicicl. L. 500; per uff. san. L. 620; c.-v. Accettaz. entro 8 gg., serv. entro 30.

CONCORSI A PREMIO.

Concorso Wassermann. — Il quarto concorso, indetto per il 1925, verte sul tema: *L'assistenza al malato di cuore nella pratica privata e nella condotta, studiata nella moderna terapia, dietetica ed igiene.*

La Ditta Wassermann ha creduto opportuno di non richiedere quanto viene fatto nelle Cliniche, specialmente da che lo studio delle malattie di cuore vien eseguito con apparecchi ed impianti complessi e dispendiosi, non a portata di tutti e che, indispensabili in una Clinica medica per l'insegnamento e pel fine esame dell'ammalato, non lo sono altrettanto nella pratica giornaliera: ma di richiedere quanto possa giovare all'ammalato

di cuore direttamente, ed anche rapidamente, per sollevarlo dalle sue sofferenze.

Lo studio dovrà vertere sopra le varie forme di cardiopatie, specialmente in quanto possano dare gravi disturbi; epperò i fatti di scompenso, di insufficienza del miocardio, le malattie delle arterie, le congestioni varie, il cardiopalmo, le aritmie, le idropi, ecc. ecc., dovranno essere presi tutti in esame, e possibilmente ridotti, dopo la necessaria discussione ed illustrazione clinica, in chiari quadri sinottici, ove il medico pratico possa rapidamente e sicuramente trovare il caso suo, e anche una guida sicura per la diagnosi e la terapia.

Come pel passato, la Ditta Wassermann per questo concorso conferirà tre premi: il primo di lire 3000, il secondo di 2000, il terzo di 1000. I lavori saranno giudicati da una Commissione di tre professori universitari, ed i prescelti pubblicati nell'« Opera Medica ».

I lavori dovranno essere contenuti in circa 200 pagine a stampa del formato dell'« Opera Medica », e dovranno esser consegnati *non più tardi del* 31 *marzo* 1926.

Il concorso è aperto a tutti i Medici Italiani.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Felice Perussia di Milano, riuscito primo nel concorso alla cattedra di radiologia ed elettrologia mediche presso la R. Università di Pavia, è stato nominato ed ha tenuto testè la lezione inaugurale.

Nella R. Università di Parma, l'insegnamento della materia medica e farmacologia è stato affidato al prof. Alfredo Chistoni, della L. Università di Camerino, nostro corrispondente ed amico. Rallegramenti.

Il dott. Luigi Cappelli di Roma ha conseguito la libera docenza in radiologia ed elettroterapia, secondo le nuove disposizioni.

Il prof. Rudolf Kraus, dell'Università di Vienna, è nominato ispettore generale dei centri per la lotta contro le epidemie in Argentina.

Al dott. Gaetano Missale, ufficiale sanitario di Melilli (Siracusa), è stata conferita la commenda dell'Ordine della Corona d'Italia.

Il concorso ai premi della Fondazione Rolli nell'Università di Roma, fra studenti di medicina, ha avuto il seguente esito: studente che ha compiuto il 1° anno Calò Aldo; id. 2° anno Panagià Antonino; id. 3° anno Via Enrico; id. 4° anno Dalla Torre Giacomo; id. 5° anno Fabris Augusto; id. 6° anno Abruzzini Pasquale e Aprile Sara.

NOTIZIE DIVERSE.

Conferenza sulla sifilide ereditaria.

È organizzata dalla « Lega nazionale francese contro il pericolo venereo » per i primi di ottobre, in occasione del Congresso dell'Associazione dei ginecologi e ostetrici francesi. Verranno discussi i temi: « Sifilide ereditaria larvata », relatori Leredde, Lesné, Devraigne, Carlé; « Terapia della sifilide durante l'allattamento e la prima infanzia », relatori Marcel Pinard, Lemaire, Péhu; « Trattamento preventivo dell'eredosifilide », relatori Millian, Lévy, Solal, Spillmann, Petges. Per maggiori informazioni rivolgersi alla sede della Lega, rue Mignon 7, Paris (VI^e^).

XXIX Congresso francese di neuro-psichiatria.

Si adunerà prossimamente a Parigi sotto la presidenza di Anglade; temi all'ordine del giorno:

Psichiatria: « La cura tardiva delle psicopatie », relatore Robert;

Neurologia: « Le encefalopatie familiari infantili », relatore Crouzon;

Medicina legale: « La medicina legale civile (cioè nei procedimenti giudiziari civili) di fronte agli stati d'incapacità intellettuale », relatore Briand.

Congressi medici tedeschi.

Si aduneranno prossimamente i seguenti Congressi: Società tedesca dei medici addetti ai sanatori tubercolari, Danzica, 24-27 maggio; Società tedesca dei laringo-oto-rinologi, Monaco, 27-30 maggio; Società tedesca di ginecologia, Vienna, 3-6 giugno; Lega tedesca per la psichiatria, Cassel, 1-2 settembre; Società ortopedica tedesca, Hannover, 14-15 settembre; Società dermatologica tedesca, Dresda, 14-16 settembre; Associazione tedesca per la microbiologia, Francoforte s. M., 24-26 settembre.

Corsi di perfezionamento sul tracoma.

Un corso è stato svolto a Catania, dal prof. Lodati, con 10 posti di medico interno. Un altro corso si terrà a Palermo, dal prof. Calderaro, dal 5 al 23 maggio, per laureati di qualsiasi università del Regno: a sei degli inscritti è concesso l'internato di due mesi nella R. Clinica oculistica col pagamento della tassa, di L. 100.

Per un sanatorio antitubercolare in Sicilia.

Come abbiamo annunziato, nella ricorrenza del 25° anniversario di Regno del nostro augusto Sovrano, un funzionario della carriera diplomatica italiana ha fatto pervenire al capo del Governo, per varie opere di beneficenza del Mezzogiorno e delle Isole, una cospicua somma. Di tale munifica donazione L. 250,000 sono state destinate all'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale (fondato e diretto dal prof. Levi) affinchè se ne valga quale primo fondo per la costruzione di un Sanatorio popolare interprovin-

ciale, per la tubercolosi polmonare, da erigersi nella città giardino Mussolinia in Comune di Caltagirone. Il Sanatorio sarà intitolato all'augusto nome di Vittorio Emanuele III. L'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza e Assistenza Sociale che ha tra i suoi fini statutari la lotta antitubercolare con particolare riguardo al Mezzogiorno di Italia, curerà d'accordo colle autorità locali la realizzazione della generosa e benefica iniziativa.

Sovvenzioni della Corporazione Carnegie nel 1924

Secondo la relazione annuale della presidenza, ascendono a oltre 133 milioni di dollari, cui sono da aggiungere oltre 7 milioni di dollari di rendite: complessivamente una somma corrispondente a 3 miliardi di lire italiane! L'assegno più cospicuo fu fatto all'Istituto Carnegie di Pittsburg: doll. 16,327,376.25; altri assegni ingenti sono stati fatti al Consiglio Nazionale per le investigazioni scientifiche e all'Accademia nazionale delle Scienze, dol. 5,000,000; all'Istituto per le investigazioni sugli alimenti annesso all'Università di Sianford in California, dol. 704,000; alla Facoltà Medica dell'Università Johns Hopkins di Baltimora per un dispensario e una clinica diagnostica, dollari 2,000,000; all'Accademia Medica di New York, dol. 1,000,000; tra le altre partite figurano dollari 85,000 all'Università di California per lo studio della piorrea alveolare e dol. 43,000 per lo studio dell'insulina.

Consultazioni mediche radio-telefoniche.

Il Servizio della Sanità Pubblica degli Stati Uniti ha istituito delle Stazioni radiotelefoniche per consultazioni mediche sulla costa dell'Atlantico, del Pacifico, del Golfo del Messico e di recente sui grandi laghi (a Sault Ste. Marie e a Cleveland), a vantaggio delle piccole navi sfornite di servizio medico a bordo. (*Journ. Trop. Med. a. Hyg.*, n. 1, 1925).

Cinematografie colorate d'interventi chirurgici.

Sono state allestite dal dott. von Schubert di Berlino col metodo Szczepanik; proiettate a un'adunanza dell'Associazione Medica di Berlino, hanno destato vivissima impressione per l'efficacia dimostrativa.

Una medichessa deputata.

Le recenti elezioni politiche della Germania hanno portato al Reichstag cinque medici, tra cui la dott.a Moses di Berlino.

Il giorno 12 del corrente aprile moriva nella natia Canicattì all'età di 85 anni il comm. dott. ANTONINO SCIASCIA. Si era laureato nell'Università di Palermo nel 1860.

Fu un valoroso clinico; per più di 60 anni con fede di apostolo prodigò l'opera sua sapiente ed umanitaria a favore dei sofferenti.

Si può considerare vero scienziato, decoro e vanto della Medicina, perchè *primo fra tutti* seppe utilizzare gli incommensurabili vantaggi della luce, inventando quella mirabile « Fototerapia » che tramanderà il suo nome alla storia come scienziato e come benefattore dell'umanità.

Fu uomo integerrimo, cittadino onoratissimo, collega amoroso.

I funerali sostenuti a spese del Comune riuscirono solennissimi.

Mandarono sentite condoglianze e adesioni alle onoranze illustri clinici della Sicilia, di Roma e di Napoli, nonchè moltissime notabilità mediche e cittadine. Aderiva anche il « Policlinico ».

Pronunziarono sulla bara discorsi elevatissimi il Commissario del Comune, il dott. Burruano, ed oratore ufficiale fu il prof. Carlo Gangitano che disse in forma magistrale dell'Uomo e dello Scienziato.

I colleghi di Canicattì si preparano ad eternarne la memoria con un mezzo busto in marmo.

NICOLÒ ADAMO.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Proc. R. Soc. Med., feb. — Copiosa casistica.

Bull. Sc. Med., nov.-dic. — F. M. DONINI. Guarigione delle ferite polmon. — A. ZAFFAGNINI. Esame della funzionalità renale. — G. ROBBA. Epitelioma su base psoriasica.

Ann. de Méd., gen. — A. MOUKTAR. Forma clinica della sifil. ren. — M. POPPER e F. KREINDÉER. La veloc. di sediment. delle emazie.

Riv. di Cl. Med., 15 gen. — F. SCHUPFER. Le paralisi transitorie dei cardiopatici.

Journ. Amer. Med. Assoc., 17 gen. — A. CARREL. Caratteristiche essenziali della cellula cancerosa. — R. B. COFIELD e C. F. LITTLE. Spondilite sifilitica. — J. F. HOGAN. Durata dell'infettività della gonorrea nel maschio. — 24 gen. H. K. MOHLER. Ipertensione e iperglicemia. — G. DELLINGER-BARNEY. Tumori del testicolo simulanti epididimite. — J. C. REGAN. Sieroprofilassi della parotite epidemica.

Brit. Med. Journ., 7 feb. — J. E. MAC-ILWAINE. I recenti progressi nello studio delle malattie cardio-vascolari. — L. ROGERS. Frequenza della tubercolosi e clima in India.

Edinburgh Med. Journ., feb. — A. R. MACGREGOR. La tbc. nell'infanzia. — J. e G. Y. OLIVER. Riflesso oculo-cardiaco ed endocrinologia.

Zbl. f. Chir., 31 gen. — C. PRIMA. La mortalità da ileo. — 7 feb. M. KAPPIS. Genesi della coxa vara adolescentium.

Gazz. Med. Italo-Argent., 31 gen. — N. ROJES e J. C. BELBAY. Psicosi simultanee in quattro fratelli.

Bull. Ac. Méd., 27 gen. — B. ROUSSY. Metrostatica analitica del corpo umano.

Giorn. d. Med. Prat., gen. — V. RONCHETTI. Aortite luetica.

Revue de Chirurgie, 1. — P. DELBET. Vaccinoterapia nelle emorragie delle ulcere gastro-duodenali.

Journ. de Chir., gen. — L. MICHON. Tecnica d'anastomosi ileo-colica termino-laterale.

Acta dermato-venereolog., 4. — W. HOLLAND. Sulla tbc. cutanea. — E. GUNDERSEN. Affinità eziologica tra varicella ed herpes zoster.

Deutsche Mediz. Wochens., 6 feb. — H. GÜNTHER. Costituzione, terapia, igiene. — H. KÜSTNER. La febbre puerperale e il suo trattam. — L. BITTER. Pluralità del bacillo paratifico B.

Münch. Mediz. Wochens., 6 feb. — O. HESS. L'endocarditis lenta. — HEILE. Patogenesi dell'appendicite acuta nell'esperimento. — C. MAU. La cifosi dorsale degli adolescenti. — F. HAMBURGER. La contagiosità.

Medizin. Klinik, 6 feb. — F. KLEWITZ. I nefropatici secondo le moderne vedute. — J. LOMMEL. Ossaluria parossistica. — G. LEPEHNE. Genesi enterica dell'anemia pernic.

Wien. Klin. Wochens., 5 feb. — A. V. FRITSCH. L'aggressione tubercolotossica.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 25 gen. — A. MAIOCCHI. Limiti fra semeiotica medica e chirurgica.

Paris Méd., 31 gen. — LEVADITI. Il problema eziologico dell'encefalite epidemica nei suoi rapporti con l'herpes. — R. KREFTING e a. La riattivaz. della reaz. di W. mediante iniez. provocatr. di salvarsan.

Liguria Med., 1 gen. — E. MUSANTE. Le cellule istiocitarie nelle infiammaz. delle sierose.

Lancet, 7 feb. — E. BRAMWELL. L'accuratezza nella deduzione terapeutica. — R. SHORT. Cause, diagnosi e cura dell'appendicite. — E. CASSIE. La profilassi dell'infez. puerperale.

Journ. Sc. Med., Lille, 8 feb. — L. COURTY e BUISINE. La transfus. di sangue nell'emofilia.

Revista Ibero-Americ. de Ciencias Med., gen. — B. SOLER. Eresipela recidivante mestruale.

Medicina Ibera, 31 gen. — R. DE MONTAUD. La ipertensione intracranica nelle infezioni.

Spitalul, *gen.* — G. MARINESCO e I. MINEA. Coltura del tessuto nevroglico della corteccia cerebr. — G. MARINESCO e I. BISTRICÉANO. La gigantocitosi. — G. MARINESCO e I. NICOLESCO. Istopatologia dell'encefalite epidemica.

Archivos Americanos de Medicina, 1. — L. MORQUIO. Morbo di Freidreich con studio anatomopatologico.

Soc. Méd. d. Hôp., 29 gen. — P. EMILE-WEIL e a. Tratt. dell'anemia pernic. con trasfusioni ripetute di sangue. — C. ACHARD e J. MONZON. Cancro secondario del cuore. — DARGETH e DORÉ. Forme fruste di melitococcia.

Gaz. d. Hôp., 7 feb. — R. LEVENT. Crisi gastriche.

Paris Méd., 7 feb. — Numero di radio e radiumterapia.

Brain, dic. — E. D. ADRIAN. Recenti lavori sull'inibizione. — L. BOUMAN. Encephalitis periaxialis diffusa.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXII Roma, 11 Maggio 1925 Fasc. 19

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Moderni concetti sul rachitismo.

Dott. RENATO POLLITZER, Roma.

PATOGENESI. — Il rachitismo oggi non viene più considerato una malattia limitata al solo sistema scheletrico. Altri organi e tessuti presentano contemporaneamente delle alterazioni che alcuni attribuiscono al processo rachitico stesso, altri invece ritengono provocate dai medesimi fattori etiologici. Le alterazioni dello scheletro sono perfino considerate secondarie da autori francesi e da alcuni tedeschi, i quali ritengono che la causa prima del rachitismo consista in un'affezione del midollo osseo (Aschenheim, Benjamin, Marfan); anzi Hutinel e Tixier vanno tanto avanti in questa concezione, da considerare addirittura il rachitismo una malattia del sistema ematopoietico. Marfan insiste sulla costante partecipazione del tessuto linfatico al processo morboso, e considerando anche il midollo osseo come un tessuto linfatico, chiama il rachitismo « osteolinfatismo ».

Le più moderne ricerche biochimiche dimostrano come il rachitismo consista in un'anomalia del ricambio, anomalia di cui le alterazioni ossee sono una delle conseguenze. Questa anomalia del ricambio si ritiene generalmente secondaria ad altri fattori etiologici. Le alterazioni rachitiche dello scheletro dipendono dal fatto che il tessuto osteoide che si forma nel corso della malattia è incapace di fissare il calcio. L'incapacità di fissare il calcio, che pure è contenuto in quantità normale o quasi normale nel sangue, è in rapporto con la diminuzione del fosforo ematico. Accurate ricerche chimiche di Howland, Kramer, Freudenberg, Györgyi, ecc., dimostrano che nel rachitismo florido è costante la diminuzione del fosforo nel siero, e che il fosforo aumenta in modo evidente durante la guarigione. La diminuzione del fosforo ematico si può considerare il segno più caratteristico del rachitismo. Il fosforo esercita una notevole azione sulla fissazione del calcio. Esso è uno dei più potenti attivatori del ricambio cellulare, perciò la deficienza in fosforo determina un rallentamento del ricambio. Nello stato di rallentato ricambio tardano a formarsi i prodotti terminali del metabolismo, mentre si formano in gran copia dei prodotti intermedi, a proprietà acide: si ha così uno stato di acidosi (Freudenberg e Györgyi) che sarebbe caratteristico del rachitismo. La deficienza in fosforo non è però l'unica causa del rallentamento del ricambio e quindi dell'acidosi rachitica: anche la mancanza di stimoli fisiologici

(ormoni, luce, vitamine) agisce nello stesso senso. Freudenberg e György vedono nell'acidosi la causa dell'incapacità del tessuto cartilagineo di fissare il calcio. Secondo questi autori il processo dell'ossificazione consisterebbe in tre fasi:

Prima fase: il calcio si combinerebbe con l'albumina della cartilagine.

Seconda fase: la calcioalbumina si combinerebbe coi fosfati e coi carbonati.

Terza fase: l'ultima combinazione si scinderebbe, facendo precipitare il fosfato e il carbonato di calcio e l'albumina ritornata libera sarebbe pronta ad assumere nuovo calcio dal sangue.

La prima fase dell'ossificazione potrebbe avvenire soltanto se preceduta da fenomeni regressivi delle cellule cartilaginee: nel rachitismo l'acidosi impedirebbe questi fenomeni regressivi, per cui i prodotti del ricambio delle cellule cartilaginee in piena attività inibirebbero l'assunzione del calcio. La difettosa ossificazione sarebbe quindi in rapporto con fenomeni locali oltrechè con alterazioni generali.

La seconda fase del processo di ossificazione sarebbe ostacolata dalla deficienza di fosforo nel siero.

Questa concezione, secondo cui la cartilagine dell'osso rachitico sarebbe incapace di fissare il calcio per le alterazioni dell'ambiente umorale dell'organismo, ha trovato una recente valida conferma da parte di Findlay. Wells aveva dimostrato che i diversi tipi di cartilagine introdotti nel peritoneo di conigli assorbono il calcio in quella misura in cui esse si ossificano definitivamente in condizioni fisiologiche. Così per esempio le cartilagini costali assorbono pochissimo calcio, la cartilagine cricoide molto calcio. Usando questo metodo di indagine, Findlay non trovò alcuna differenza tra il potere di assorbire il calcio, di cartilagini epifisarie rachitiche e di cartilagini epifisarie normali.

Il calcio stesso è normale od è soltanto poco diminuito nel siero dei rachitici (Anderson); una più forte diminuzione del calcio indicherebbe uno stato di spasmofilia latente. Normalmente contenuto in quantità di 10-11 mmgr. su 100 cmc. di siero, Howland e Mariott trovarono che nei rachitici il calcio non scende mai al disotto dei 9 mmgr. Questi dati, confermati da Howland e Cramer, da György e Kneschke, ecc., dimostrano come il rachitismo non si possa attribuire ad una deficienza del contenuto calcico del sangue.

Ricerche di Telfer, Noel, Paton, Sharp, Findlay dimostrano che nei rachitici non esiste nemmeno un ricambio negativo del calcio. Findlay ammette tuttavia che l'organismo rachitico sia povero in calcio nonostante il contenuto quasi normale del sangue; i disturbi del metabolismo del calcio costituirebbero secondo questo autore l'essenza vera del rachitismo. Egli crede che quando l'organismo intero è povero in calcio, questo minerale venga utilizzato anzitutto da quegli organi e tessuti le cui normali funzioni sono d'importanza vitale. Per questa ragione anche in tali condizioni il sangue conterrebbe una quantità sufficiente di calcio, mentre poco calcio rimarrebbe a disposizione del sistema scheletrico la cui funzione è esclusivamente meccanica.

Anche le ricerche sul rachitismo sperimentale dimostrano la grande importanza dell'equilibrio minerale. È riuscito a Pappenheimer, Hess e Mc. Cann di determinare costantemente nei ratti bianchi una malattia che presenta gli stessi caratteri del rachitismo umano, tenendoli ad una dieta quasi priva di fosforo (dieta 84, composta di farina purificata e un miscuglio di lattato di calcio, cloruro di sodio, citrato di ferro).

Questa dieta è rachitigena soltanto perchè povera in fosforo; l'aggiunta di fosfato di sodio o di potassio in proporzione del 3 % o di fosforo organico toglie le proprietà rachitigene a tale dieta. Più adatta ancora per questo genere di esperimenti perchè consente una più lunga sopravvivenza degli animali, è la dieta 85: farina purificata (80,9 %), albumina d'uovo (10 %), burro (5 %), sali (4,1 %). Le proprietà rachitigene di queste diete dipendono oltre che dalla deficienza assoluta in fosforo, dall'alterazione del rapporto fra fosforo e calcio (Mc. Collum, Shipley, Park, Hess); così è possibile determinare il rachitismo sia con una dieta povera in fosforo e ricca in calcio, sia con una dieta contenente sufficiente fosforo e poco calcio. Nel sangue dei ratti resi rachitici con una alimentazione inadatta si riscontra la stessa deficienza di fosforo che caratterizza il rachitismo umano.

Non tutti hanno però accettata la teoria patogenetica che attribuisce il rachitismo all'acidosi e al disturbo dell'equilibrio minerale nel senso di una diminuzione del quoziente fosforo: calcio. Così i francesi considerano la diminuzione del fosforo nel siero anzichè come causa, come conseguenza del processo rachitico di cui essi sostengono la natura infiammatoria. Secondo Marfan l'osso rachitico non si calcificherebbe in modo normale perchè in correlazione ad alterazioni irritative del midollo osseo le cellule cartilaginee prolifererebbero in modo eccessivo e disordinato, producendo un eccesso di tessuto condroide, e perchè a tale anormalità parteciperebbero anche gli osteoblasti producendo un tessuto poco o affatto calcificato, il tessuto osteoide. Egli non crede che il rachitismo sperimentale dei ratti tenuti a dieta 84 e 85 sia identico al rachitismo umano: esso ne differirebbe per la rapidità ed il grado più elevato della decalcificazione della cartilagine e delle travate spongiose e particolarmente per l'assenza o la scar-

sezza delle alterazioni midollari. Le lesioni ossee e la diminuzione del fosforo nel siero di questi animali sarebbero conseguenza di autointossicazioni determinate dalla carenza fosforica.

ETIOLOGIA. — Diverse condizioni patologiche sono in grado di determinare l'ipofosfemia, l'anomalia cioè del ricambio che oggi generalmente si considera il substrato diretto del rachitismo. Difatti il fosforo è uno dei minerali il cui ricambio e le cui funzioni sono in alto grado subordinati a stimoli endogeni ed esogeni, alimentari o fisici. Così pure varie possono essere le cause che determinano l'acidosi.

Le cause etiologiche del rachitismo si possono così dividere a seconda delle diverse opinioni:

1) cause tossi-infettive;

2) fattori costituzionali;

3) assenza di necessari stimoli alimentari oppure fisici.

1) *Cause tossi-infettive.*

Esse determinerebbero il rachitismo alterando il ricambio minerale oppure, secondo i francesi, direttamente alterando il tessuto cartilagineo e midollare. In passato si è cercato di attribuire il rachitismo ad un germe specifico, tale concezione però oggi più non si regge. Concetti attribuiva il rachitismo all'intossicazione della cartilagine per azione di sostanze di origine gastrointestinale. Marfan oggi lo ritiene determinato da svariate infezioni od intossicazioni croniche, che agiscano durante il processo attivo dell'ossificazione e specialmente durante i primi sei mesi di vita.

Tra queste cause nocive sarebbe specialmente importante la sifilide che determinerebbe un rachitismo speciale, distinto per la sua precoce manifestazione (prima dei tre mesi), per la costanza delle lesioni craniche, per il grado dell'anemia concomitante, per la frequente splenomegalia e per la tendenza successiva a deformazioni spiccate: caratteri dovuti alla precocità con cui a differenza dalle altre cause nocive agisce l'eredolues.

Altre cause che possono determinare il rachitismo sarebbero la tubercolosi, la broncopolmonite cronica, le piodermiti estese e recidivanti, le intossicazioni intestinali, l'allattamento artificiale anche quando non determina disturbi digestivi, le diarree ripetute.

2) *Fattori costituzionali.*

Il carattere ereditario del rachitismo su cui particolarmente insistono Siegert, Byfield e Daniels, e la predisposizione a tale malattia di determinati organismi (gemelli, prematuri, deboli) indicano l'importanza dei fattori costituzionali. L'anomalia costituzionale che determina o che predispone al rachitismo si deve ricercare in alterazioni del chimismo minerale, alterazioni che alcuni autori considerano primitive, altri secondarie a disturbi endocrini. Così Lederer attribuisce il rachitismo ad una alterazione costituzionale del chimismo minerale e più particolarmente alla sproporzione tra calcio e fosforo; mentre le interessanti ricerche di Rohmer e Woringer sembrano indicare che la causa prima del rachitismo consista in una speciale instabilità dell'equilibrio minerale. Gli ultimi autori dimostrarono infatti che l'iniezione di fosfato bisodico (0,30 per kg.) determina nel bambino rachitico una notevole diminuzione transitoria del calcio nel sangue, fino al 20 %-40 % dei valori iniziali, mentre nel bambino normale non determina che variazioni piccole inferiori all'8 %. Altri autori (Vollmer, Stoelzner, Aschenheim, ecc.) credono che l'anomalia del ricambio che caratterizza il rachitismo sia secondaria ad alterazioni endocrine costituzionali. Si è cercato così di attribuire il rachitismo ad un'abnorme funzione del timo, della tiroide, delle paratiroidi, delle surrenali. Le ipotesi di una origine endocrina del rachitismo si fondavano in parte sull'osservazione clinica, in parte su risultati sperimentali, in parte sull'efficacia terapeutica ottenuta in tale malattia, con l'introduzione esogena dei diversi ormoni. Clinicamente si è creduto di poter identificare nel quadro del rachitismo sintomi propri ad alcune sindromi endocrine. Alcuni autori francesi (Variot e Pironneau, Claude e Rouillard) ammettono un rapporto tra rachitismo ed ipotiroidismo, rapporto negato però da Marfan nonostante la frequente associazione del rachitismo al mixedema. Sperimentalmente si è riusciti a provocare alterazioni scheletriche simili a quelle rachitiche con l'estirpazione del timo (Matti, Bash, Klose), delle paratiroidi (Erdheim, Korenkewsky) o con la distruzione dell'ipofisi (Nuvoli). Passando al criterio *ex-juvantibus* Stoelzner vide guarire dei casi di rachitismo florido in seguito a cura adrenalinica; eguali risultati sono riferiti da Lehnerdt e Weinberg, in bambini, da Binet e Vagliano, nei ratti sperimentalmente ammalati.

Altri autori ottennero simili risultati iniettando degli estratti ipofisari (Klotz, Malzahn, Trögele, Weiss). Vollmer e Györgyi vantano buoni risultati terapeutici da iniezioni ipodermiche, Langstein e Vollmer dall'applicazione percutanea di ormoni. I buoni risultati terapeutici ottenuti con l'uso di determinati ormoni non bastano però a dimostrare che il rachitismo sia in rapporto con deficienze endocrine. Esistono infatti connessioni tanto intime tra le singole glandole endocrine, il sistema nervoso vegetativo ed i processi del ricambio da rendere impossibile di dedurre su quale

elemento di questa catena venga ad agire efficacemente lo stimolo ormonico esogeno. Così gli estratti surrenali, ipofisari, tiroidei, timici, ovarici, influiscono sul ricambio in senso alcalotico (antirachitico) estratti paratiroidei in senso acidotico (rachitigeno).

Come organo endocrino è stato recentemente considerato anche il midollo osseo. Bossanyi ha potuto dimostrare con ricerche sperimentali che il midollo osseo elabora in condizioni normali una sostanza stimolante che rende possibile il normale processo di ossificazione: questa sostanza mancherebbe nel midollo dell'osso rachitico.

Mancano delle prove sicure dell'etiologia endocrina del rachitismo. Rominger e Beumer, usando il metodo della dialisi di Abderhalden non riuscirono a mettere in evidenza nei bambini rachitici alcuna disfunzione endocrina. Ad ogni modo l'anomalia endocrina si dovrebbe considerare pluriglandolare (Ashenheim). Naturalmente le alterazioni endocrine oltre ad essere costituzionali potrebbero essere secondarie a processi tossinfettivi o di altra natura.

3) *Assenza di necessari stimoli alimentari o fisici.*

a) *Stimoli alimentari.*

Molti autori hanno insistito sui rapporti tra il rachitismo e il genere di alimentazione. Secondo Jundell il rachitismo sarebbe determinato dall'iperalimentazione, che provocherebbe delle alterazioni endocrine; l'ipoalimentazione riuscirebbe in molti casi a guarire i bambini rachitici. Anche Haverschmidt vide guarire il rachitismo in seguito all'ipoalimentazione. Si può forse ammettere un'analogia tra questi risultati e la guarigione del processo rachitico ottenuta da Mc Collum, Shipley e Park nei ratti sottoposti al digiuno.

Il contenuto degli alimenti in calcio e in fosforo non sembra avere importanza per l'etiologia del rachitismo; naturalmente non si possono mai avverare in realtà delle condizioni analoghe a quelle che determinano il rachitismo sperimentale dei ratti a dieta 84 e 85. De Buys, Burhaus, Smith, Telfer non riscontrarono alcuna differenza tra il contenuto in calcio e in fosforo del latte di donne il cui poppante era rachitico e il latte di donne il cui poppante era normale.

I più importanti stimoli alimentari sono le vitamine. Esse esercitano una spiccata azione antirachitica, tanto da compensare persino l'assenza di fosforo nella dieta. Il principio attivo è considerato da alcuni autori (Mellanby) identico, da altri (Mc Collum, Simmonds e Becker) diverso dalla vitamina A; questi ultimi autori denominano il principio antirachitico vitamina D, Park lo denomina vitamina X. La vitamina antirachitica è legata ai grassi, è molto abbondante nell'olio di fegato di merluzzo; è inoltre contenuta nel giallo d'uovo, nel succo di carota, nell'olio di cocco, non nell'olio di oliva nè negli altri oli vegetali. È scarsa nel latte di vacca e mancherebbe del tutto nel latte di donna.

Autori americani hanno dimostrato che l'aggiunta di olio di fegato di merluzzo in proporzione del 2 % alla dieta rachitigena priva di fosforo impedisce il rachitismo nei ratti bianchi, e guarisce la malattia negli animali già rachitici. Nei bambini rachitici si constata una pronta ricalcificazione delle ossa in seguito a somministrazione di olio di fegato di merluzzo (Hess e Unger). Nei paesi che più avevano sofferto per la guerra, dove il rachitismo era molto diffuso specialmente nei mesi invernali, la distribuzione di olio di fegato di merluzzo diede ottimi risultati sia profilattici che terapeutici (Chick, Dalyel, Hume, Mackay, Smith e Wimberger). Ricerche di Howland e Kramer dimostrano che le vitamine liposolubili agiscono aumentando il contenuto di fosforo del sangue.

È forse in rapporto con un'azione vitaminica l'efficacia terapeutica esercitata dal digiuno sul processo rachitico. Mc Collum, Simmonds; Shipley e Park dimostrarono che pochi giorni di dieta idrica fanno migliorare il rachitismo sperimentale dei ratti: nella cartilagine di questi animali, anche se portati a morte dal digiuno, si osserva una precipitazione lineare di calcio, analogamente a quanto avviene in seguito alla cura vitaminica o ad altre efficaci cure antirachitiche. Cawins trova che nei ratti resi rachitici (dieta 3143 di Mc Collum) il digiuno fa aumentare il fosforo nel siero, mentre la ripresa dell'alimentazione lo fa nuovamente diminuire; ciò non si osserva nei ratti normali. È verosimile che durante il digiuno vengano disintegrati dei componenti organici (specialmente dei grassi) da cui si liberano le sostanze antirachitiche.

Alla teoria vitaminica del rachitismo sono state mosse molte obiezioni, tra cui principali quella dell'azione rachitigena e dell'azione curativa di fattori apparentemente molto diversi dall'avitaminosi e dalla cura vitaminica, quella della diversità tra il quadro clinico dell'avitaminosi A e del rachitismo, e quella della possibile comparsa del rachitismo nonostante un'alimentazione ricca in vitamine.

La prima obbiezione oggi ha perduto molto del suo valore perchè esiste una profonda analogia fra gli stimoli fisici e gli stimoli vitaminici. La seconda obbiezione considera come la deficienza in vitamina A dia luogo al quadro della « distrofia alipogenetica » di Bloch, ben diversa dal rachitismo, caratterizzata da arresto e diminu-

zione di peso, xeroftalmia, astenia, notevole recettività verso le infezioni. Si deve però considerare che la sottrazione completa della vitamina A e dei grassi che la contengono naturalmente determina delle alterazioni organiche ben più gravi e complesse di quelle dovute ad una deficienza relativa. Oggi poi si ritiene che la vitamina antirachitica sia diversa (anche se contenuta negli stessi alimenti) dalla vitamina antixeroftalmica. Alla terza obbiezione, quella della possibile comparsa del rachitismo negli animali nonostante una dieta ricca in vitamina A e nel lattante nonostante l'allattamento materno o l'iperalimentazione con latte di vacca, si è risposto in base ai risultati di ricerche sperimentali (Pollitzer, Steebock, Hess, Goldblatt e Soames) che le vitamine hanno la proprietà di accumularsi nell'organismo in speciali riserve che sono più importanti che non le vitamine contenute nel latte per il normale accrescimento del lattante; e che in molti casi i grassi e le vitamine in essi contenute non vengono assimilate dall'organismo a causa di alterazioni della funzionalità gastro-intestinale e dei processi metabolici determinate dalle particolarità dell'alimentazione oppure dal regime di vita dei bambini o degli animali da esperimento.

Analogamente si può ammettere che i disturbi gastrointestinali e la mancanza di necessari stimoli fisici possano turbare l'assimilazione delle vitamine antirachitiche nei lattanti iperalimentati con latte di vacca (facile intolleranza per il grasso). Il rachitismo nei lattanti normalmente o troppo a lungo alimentati al seno è stato spiegato con la scarsezza o l'assenza di vitamine antirachitiche nel latte di donna, e con l'esaurimento fisiologico oppure precoce delle riserve vitaminiche congenite (scarse nei prematuri e nei gemelli).

b) *Stimoli fisici.*

Findlay, Paton, Noel, Watson considerano il rachitismo una malattia « da addomesticamento ». Essi videro insorgere il rachitismo in animali tenuti in prigionia, nonostante una alimentazione ricca di grassi, e non in animali tenuti liberi alimentati con pochi grassi. Il rachitismo sarebbe in questi casi in rapporto con la mancanza di movimento e non con altri fattori quali la mancanza di aria o di sole. Come logica conseguenza della loro ipotesi questi autori raccomandano i massaggi e le elettrizzazioni nella cura del rachitismo.

L'azione predisponente al rachitismo della limitazione dei movimenti si potrebbe spiegare in vario modo, o con le conseguenti alterazioni qualitative o quantitative del ricambio oppure con la depressione delle funzioni digestive, che in tali speciali condizioni di vita si possono determinare. La limitazione dei movimenti naturalmente rallenta il ricambio; questo rallentamento si accompagna ad una acidosi, cui Freudenberg e Györgyi tanta importanza attribuiscono nella patogenesi del rachitismo. La depressione delle funzioni digestive potrebbe ostacolare la valorizzazione delle vitamine alimentari oppure potrebbe determinare dei processi di auto-intossicazione.

Tra gli stimoli fisici che regolano il processo dell'ossificazione i più importanti sono gli stimoli luminosi. Già nel 1890 Palm, e poi nel 1912 Raczinsky avevano richiamato l'attenzione sull'influenza antirachitica della luce. Nel 1919 Huldschinsky dimostrò che i raggi ultravioletti esercitano una spiccata azione curativa sul rachitismo umano. L'asserzione di Huldschinsky è stata pienamente confermata da numerosi autori americani (Chick, Dalyell e coll., Park, Powers, ecc.); tedeschi (Györgyi, Gottlieb, Pilling, ecc.); francesi (Rohmer e Woringer, Lesnet e De Gennes, Dorlencourt).

L'efficacia dei raggi ultravioletti è tale da compensare anche la deficienza vitaminica o fosforica dell'alimentazione. Hess, Unger e Pappenheimer, Lester, Shipley, Park, Powers, Schultze e Sonne e altri videro che i giovani ratti tenuti a dieta rachitigena non ammalano di rachitismo se essi vengono esposti per pochi minuti al giorno ai raggi ultravioletti. Mellanby confermò l'efficacia terapeutica e curativa dei raggi ultravioletti nei cani. I raggi ultravioletti sono gli unici raggi dello spettro solare che esplicano azione antirachitica; i raggi efficaci sono a lunghezza d'onda di 313-297 $\mu\mu$ (Hess). Naturalmente per essere efficaci i raggi devono venire assorbiti; perciò la loro azione antirachitica è più spiccata nei ratti bianchi che nei ratti neri, nei bambini bianchi che in quelli negri (Hess e Unger). I raggi Roentgen sono del tutto inefficaci (Hess, Lester, Unger, Pappenheimer).

La luce solare agisce sul rachitismo per i raggi ultravioletti che essa contiene; filtrata attraverso il vetro, o attraverso un'atmosfera troppo impura, la luce solare è inefficace. Nell'inverno i raggi solari sono meno intensi, più spesso coperti da nubi, e meno frequentemente i bambini vengono portati all'aperto. Questa deficienza degli stimoli luminosi è invocata da Hess e Unger, Chick, Dalyel, Hume, Mackay, Smith e Wimberger per spiegare la frequenza del rachitismo nell'inverno e al principio della primavera, mentre altri autori attribuiscono il culmine inverno-primaverile del rachitismo allo scarso contenuto vitaminico del latte delle vacche non esposte al sole oppure alimentate con foraggi secchi. È

da tempo riconosciuto che il rachitismo è raro nei paesi dove c'è molto sole (Feer, Kassowitz, ecc.); però Marfan non crede di aver notato in Francia alcun rapporto costante tra rachitismo e carenza solare, e neppure evidenti differenze stagionali nella frequenza del rachitismo. Ora Hess, in un accurato studio dei rapporti tra la frequenza del rachitismo e la quantità delle ore in cui durante l'anno splende il sole nelle varie regioni, non trova alcun rapporto costante; egli attribuisce il rachitismo non alla quantità, bensì alla qualità della luce solare. Infatti mentre nei paesi tropicali la qualità delle radiazioni solari varia poco tra l'inverno e l'estate, nelle regioni lontane dai tropici la radiazione solare è composta di raggi meno corti nell'inverno che nell'estate (differente distanza dallo zenith).

Raggi ultravioletti e vitamine sono i principali stimoli che rendono possibile il normale processo di ossificazione. Entro limiti molto vasti questi stimoli si possono compensare reciprocamente. Così vediamo che nelle regioni nordiche dove l'oscurità regna ininterrotta per molti mesi, è lo stimolo vitaminico quello che assume il compito di regolare il ricambio minerale: gli alimenti degli indigeni consistono in gran parte in grasso e fegato di pesce, cibi eccezionalmente ricchi in vitamine liposolubili. Fra questi indigeni il rachitismo è sconosciuto. Si osserva il contrario nelle regioni equatoriali dove la luce è abbondante mentre i cibi (grassi solo in forma di olii vegetali) sono poveri in vitamine liposolubili. Nelle regioni intermedie fra questi due estremi, luce e vitamine si dividono il compito di regolare l'ossificazione: in tali regioni sia una eccessiva deficienza vitaminica, sia una eccessiva carenza solare (frequenza del rachitismo nelle classi agiate e non nelle classi povere dell'India e della Turchia) sono in grado di determinare il rachitismo. Nelle regioni temperate, sia per il clima, sia per le abitudini di vita dei bambini che diventano rachitici (chiusi in casa) difficilmente potrebbero venire utilizzati dall'organismo i grassi ricchi di vitamine antirachitiche in quantità tale da compensare del tutto la carenza solare.

Lo studio del meccanismo di azione dei raggi ultravioletti ci porta a risultati inaspettati, tali da aprire delle vie completamente nuove all'indagine biologica.

È accertato che come ultimo effetto i raggi ultravioletti agiscono aumentando il contenuto in fosforo del siero, rimuovendo quindi la principale caratteristica del rachitismo. Kramer e Boone, Lesné, De Gennes e Guillaumin e molti altri autori hanno dimostrato che sia i raggi ultravioletti sia l'irradiazione solare determinano un netto aumento del fosforo nel siero; Hess e Ungher trovarono che anche negli individui normali il fosforo subisce delle variazioni stagionali che vanno esattamente parallele alle variazioni dell'intensità della luce solare.

I raggi ultravioletti influiscono sul ricambio materiale per via indiretta. Mentre Lesnet e De Gannes, ritengono che i raggi per la via del sistema nervoso simpatico esercitino una azione eccitante sul sistema endocrino, la maggior parte degli autori considera oggi l'azione dei raggi intimamente connessa con l'azione vitaminica. Secondo alcuni di questi autori i raggi ultravioletti determinerebbero una fotosintesi di vitamine, secondo altri (Mallenby) un'attivazione di vitamine già accumulate nell'organismo. Le ricerche di Hume, Goldblatt e Soames sembrarono confermare questa seconda ipotesi: essi dimostrarono che giovani ratti tenuti a dieta carenzata ed esposti ai raggi ultravioletti crescono normalmente per un periodo non superiore alle otto settimane, ciò che farebbe pensare all'esaurimento di riserve vitaminiche congenite, attivate dai raggi. Questa conferma è però soltanto indiretta mentre oggi la fotosintesi delle vitamine antirachitiche può dirsi dimostrata con sicurezza. Ricerche americane hanno dimostrato che l'irradiazione ultravioletta di cibi poveri o privi di vitamine liposolubili rende questi cibi sufficienti al normale sviluppo.

Ratti alimentati da Stheenbock e Black con questi cibi irradiati crescevano normalmente mentre si arrestava lo sviluppo dei ratti alimentati con gli stessi cibi non irradiati. Il fegato dei soli ratti alimentati con cibi irradiati conteneva le vitamine liposolubili. Hess, il cinque giugno 1924 comunicò alla Società di pediatria americana di essere riuscito a conferire nette proprietà antirachitiche all'olio di cotone e all'olio di lino irradiandoli coi raggi ultravioletti. L'olio di lino è completamente sfornito di azione antirachitica, l'olio di lino irradiato aggiunto alla dieta rachitigena di ratti bianchi rende possibile un normale accrescimento e una normale ossificazione e guarisce la malattia nei ratti già rachitici.

L'irradiazione dell'olio di lino con i raggi Roentgen o col radio non conferisce ad esso alcuna azione antirachitica; non è possibile conferire per mezzo dell'irradiazione ultravioletta proprietà antirachitiche agli olii minerali.

Raggi ultravioletti e vitamine non si devono quindi più considerare come stimoli diversi l'uno e l'altro necessari per il normale processo di ossificazione. Gli unici fattori che rendono possibile l'ossificazione normale sono gli stimoli vi-

taminici, i raggi solari e quelli della lampada di quarzo determinano sia nell'organismo, sia in alcune sostanze alimentari grasse di natura animale o vegetale, la sintesi delle vitamine.

***

Riassumendo i moderni concetti sulla patogenesi e sull'etiologia del rachitismo possiamo dire che esso consiste in una anomalia del ricambio caratterizzata dall'aumento del rapporto calcio. fosforo nel siero di sangue e da uno stato di acidòsi. Questa anomalia del ricambio è determinata dalla deficienza di necessari stimoli ormonici, fisici, o vitaminici. La deficienza di questi stimoli fisiologici può essere primitiva e dipendere da cause costituzionali, ambientali, alimentari, oppure secondaria e dipendere da disturbi della digestione e della assimilazione o da cause tossi-infettive. Gli stimoli fisici sono intimamente connessi con gli stimoli vitaminici e forse gli stimoli vitaminici sono intimamente connessi con gli stimoli ormonici.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CESENATICO (FORLÌ).

Un caso di rottura spontanea della milza. (1)

Dott. EGISTO CAPECCHI, chirurgo prim. e direttore.

Non credo privo d'interesse illustrare un caso di rottura spontanea della milza sia perchè è una lesione abbastanza rara fra le lesioni simili degli altri organi della cavità addominale, sia perchè si presta ad alcune considerazioni di indole soprattutto eziologica e clinica.

Ne riferisco brevemente la storia.

B. Z. di Domenico, di a. 27, di Cesenatico.

Ereditarietà negativa. Nulla nei collaterali. Nata a termine da parto normale. Ha avuto allattamento materno. È maritata con uomo sano dal quale ha avuto tre figli viventi e sani di cui il maggiore conta l'età di 10 anni. Non ha sofferto di alcuna malattia prima dell'attuale.

Da circa 10 mesi essa dice di aver avvertito dolori vaghi di modico grado, quasi continui, in corrispondenza della regione epigastrica, che non avevano alcun rapporto coi pasti o con speciali posizioni o col lavoro e che si calmavano unicamente col riposo. Ai dolori si accompagnarono un lento e progressivo grado di decadimento delle forze, dello stato di nutrizione e del colorito normale della cute ed una diminuzione dell'appetito.

La Paziente non credè opportuno per questi fenomeni che attribuiva a soverchio strapazzo invocare il parere del medico.

Il giorno 2 del mese di settembre 1924, circa le ore 6-7 del mattino, mentre essa accudiva alla vestizione de' propri figli, improvvisamente, stando in stazione eretta, avvertì prima un senso di rumoroso guazzamento di tutta la cavità addominale e subito dopo dei dolori acutissimi all'ipocondrio sinistro che si diffondevano a tutto l'addome, mentre un senso di deliquio e di sudor freddo la costringevano a sdraiarsi sul letto.

I familiari che le stavano attorno, credendo trattarsi di un lieve malore, non credettero opportuno chiamare subito il medico e ne stettero sull'attesa. Verso le undici, accortisi che le condizioni generali della paziente erano gravi e che questa si lamentava di forti dolori all'addome, vennero a chiamarmi di urgenza.

Al momento della visita (ore 12.30) constato nell'inferma: intenso pallore, sudorazione abbondante, estremità fredde, stato di angoscia, polso appena percettibile, frequentissimo; sensibilità generale diminuita ad eccezione dell'addome che si dimostra fortemente dolente alla palpazione anche leggera; ipotonicità muscolare degli arti; stato di sub-coscienza, respiro superficiale, frequente.

Queste condizioni allarmanti per evidente choc peritoneale in una donna che i familiari a mia richiesta dicono essere in istato di gravidanza al 3°-4° mese, mi fan nascere subito il sospetto che si tratti di un emoperitoneo da rottura tubarica per gravidanza extrauterina.

Faccio sull'istante un'esplorazione digito-vaginale e sento il collo dell'utero rammollito come in donna gravida e il Douglas chiaramente fluttuante. Mi persuado del giudizio diagnostico già prima sospettato e faccio ricoverare subito l'ammalata all'ospedale.

Essendo il marito di questa assente perchè marinaio, il consenso all'atto operativo ritarda e quindi non posso procedere all'intervento fino alle ore 17.30. A quest'ora le condizioni generali della paziente erano gravissime, nonostante le opportune cure mediche del caso; l'addome si era notevolmente tumefatto; il polso però era leggermente migliorato perchè più valido e meno frequente.

In narcosi eterea, apro l'addome con taglio mediano sottombelicale. Fuoriesce un'abbondante quantità di sangue fluido misto a grossi coaguli in misura di oltre due litri. Si presenta subito alla vista l'utero in istato gravidico di circa tre mesi e, con mia grande sorpresa, constato esser le tube perfettamente integre. Sembrandomi il sangue provenire dall'alto, prolungo rapidamente a colpi di forbici il taglio laparatomico fino all'apofisi ensiforme e, nell'osservare nel versante sinistro della cavità peritoneale, intieramente aperta, mi si presenta dinanzi agli occhi la milza aumentata leggermente di volume, sanguinante per una profonda frattura (vedi fig. 1).

Procedo immediatamente alla splenectomia con semplice legatura e taglio del peduncolo; detergo la cavità addominale per quanto è possibile e suturo completamente le pareti.

Guarigione per primam. In 15ª giornata l'ammalata si alza dal letto. Da oltre tre mesi essa gode perfetta salute. Nonostante lo choc subito e il trauma operatorio si conserva in istato di gravidanza.

---

(1) Comunicazione fatta alla VI seduta della Società medico-chirurgica della Romagna, tenuta in Cesena il 19 ottobre 1924.

Che si trattasse di un trauma esterno fu naturalmente il sospetto che nacque in me dopo l'esito dell'intervento; tanto che a questo scopo rivolsi tutte le mie ricerche.

Nonostante le indagini più minute fatte in questo senso e un accurato esame delle pareti addominali, vennero a mancare assolutamente le probabilità per ammettere l'ipotesi eziologica di un trauma determinante direttamente o indirettamente la rottura della milza.

Linea della rottura

Linea della rottura

Fig. 1.

Si sa che la milza normalmente sana, pur essendo per la sua intima struttura anatomica e la sua straordinaria ricchezza di vasi, un organo a parenchima molle e friabile, è ben protetta dalle violenze esterne per la sua particolare sede anatomica; non solo, ma la milza, per l'estrema lassità dei suoi mezzi di fissazione ha il privilegio di sfuggire facilmente ad un'azione traumatica che si abbatta nella sua direzione; nel nostro caso quindi noi non potremmo ammettere come causa traumatica altro che un insulto grave sulla regione splenica se la milza risultasse istologicamente sana; ma poichè sappiamo che questa, in seguito a qualsiasi causa patologica (malaria, leucemia, neoplasie, tifo, tubercolosi, morbo di Banti, ittero emolitico, stati linfatici, malformazioni, fatti aderenziali, ecc.), può rompersi anche per un trauma minimo, come un movimento brusco, un'esagerata flessione, un forte sternuto, tanto da essere sproporzionata in apparenza la causa all'effetto da giustificare la qualifica in questi casi di *rottura spontanea*, o precisamente quella di *rottura patologica* in contrapposto a quella traumatica in senso stretto, vien fatto di dubitare, per la ricerca assolutamente negativa del trauma esterno, che esistesse, proprio nella milza della nostra inferma, un'alterazione morbosa predisponente alla rottura.

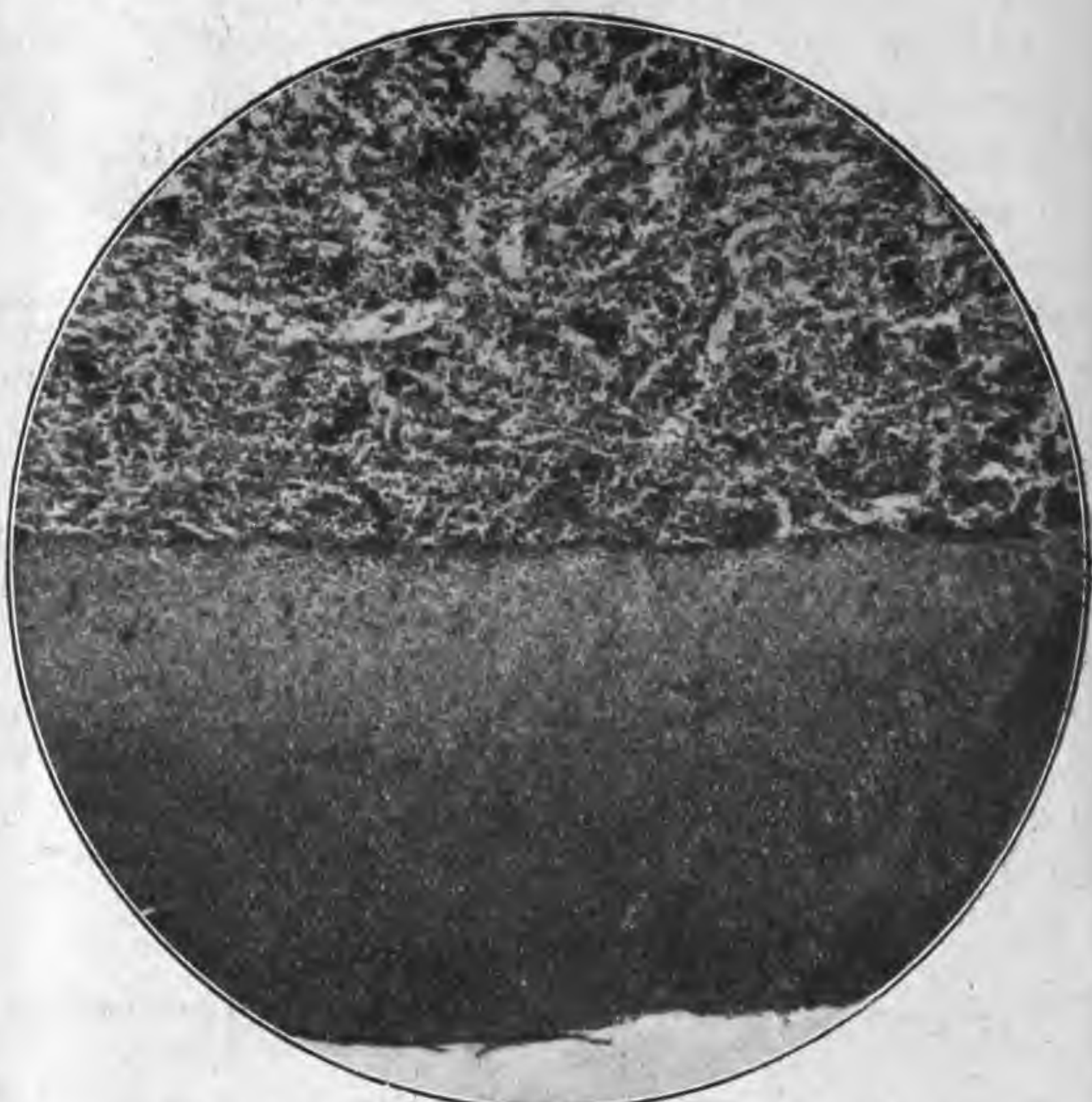



Fig. 2. — Reichert: Oculare 4; obb. 4.
Il segmento superiore distingue la polpa splenica dallo strato emorragico della linea di rottura.

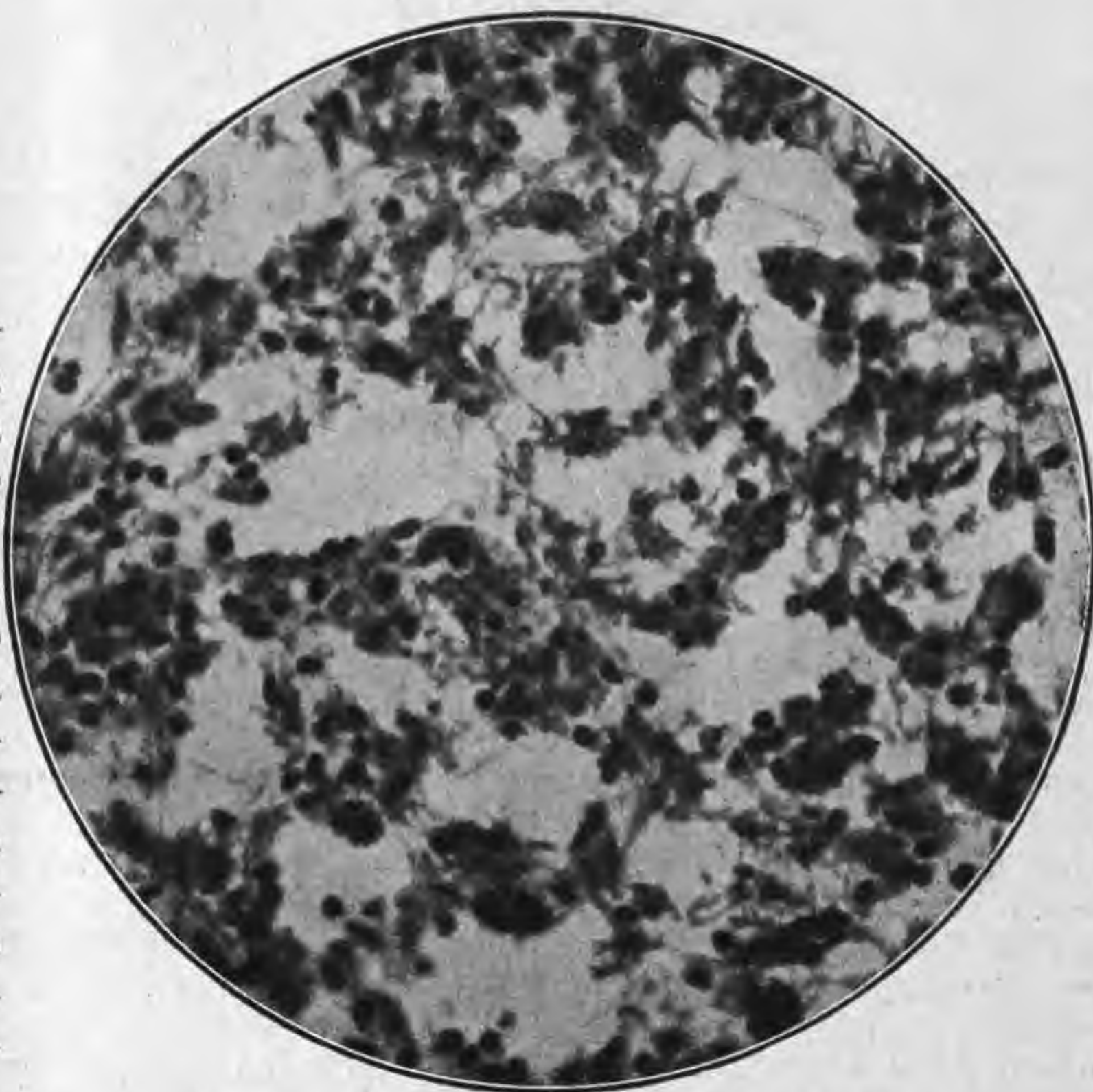



Fig. 3. — Reichert: Oculare 4; obb. 8*.
Evidente il carattere predominante della abbondanza del detrito.

La milza asportata pesa gr. 300; è lunga cm. 18, con larghezza massima di cm. 10 e spessore massimo di cm. 6 (vedi fig. 1).

L'*esame istologico* dimostra: la polpa splenica costituita da elementi i quali rispondono in gran-

dissima maggioranza ad un unico tipo: elementi rotondi o rotondeggianti con protoplasma per lo più non abbondante, con nucleo rotondo e piuttosto piccolo in genere intensamente colorabile. Oltre a questi esistono alcuni mononucleati grandi, variamente sparsi; rari polimorfi; alcuni elementi fusati che appartengono al connettivo di sostegno. Non vi è congestione de' vasi, nè vi sono fatti emorragici nel parenchima; spicca invece (e questo costituisce il carattere predominante) una *enorme* ricchezza di detrito, talvolta filamentoso, talvolta disposto in minutissime masse, per lo più addirittura informe, sparso in mezzo alle cellule parenchimali che vi sembrano immerse. Non si trovano granuli di pigmento, e ciò indica che non vi sono fenomeni emolitici, nè fenomeni emorragici parenchimali recenti. I follicoli malpighiani non mostrano alterazioni evidenti (vedi figg. 2 e 3).

L'*esame istologico* del sangue della paziente fatto due volte (al 2° e al 15° dall'intervento) non dimostra alcuna particolarità se si eccettua la presenza di alcune forme immature della serie emoglobinica; ciò è in rapporto evidentemente con lo stato fortemente anemico della donna.

Le orine si presentano normali.

La reazione del Wassermann eseguita nella Clinica dermosifilopatica di Bologna risulta negativa.

La resistenza globulare massima è 0.42; quella minima 0.30; tanto con globuli rossi lasciati a contatto del loro plasma, quanto con globuli rossi deplasmatizzati.

Nessun segno d'ittero presenta la paziente.

Quale eziogenesi invocare adesso per la rottura di questa milza senza un trauma vero e proprio agente dall'esterno?

Dai dati anamnestici, dall'esame clinico obbiettivo, dal reperto istologico non si può ammettere che si tratti di *vero tumore acuto infettivo;* non può trattarsi di malaria per la storia tacita in questo senso, per la grandezza relativamente scarsa della milza e soprattutto per l'assoluta assenza di pigmento che ci dà l'esame istologico, la quale non potrebbe avvenire se non negli stati cronicissimi nei quali però la milza è di solito così indurita da non essere più fratturabile. Sembra di poter escludere anche le forme leucemiche e pseudo-leucemiche con le quali non si spiegherebbe l'assenza di aumento di volume di tutte le ghiandole del corpo e la presenza microscopica di quella enorme quantità di detrito nonchè il reperto istologico del sangue, già menzionato.

Se è da escludersi anche che si tratti di un tumore spodogeno, cioè di quelli che si verificano quando la milza si carica di detriti provenienti da un focolaio infiammatorio che esista in altro punto del corpo, perchè la paziente, come ho già detto, è stata sempre bene, due sono le ipotesi che si possono più facilmente avanzare: o una malformazione dell'organo o uno stato linfatico di questo in via di avanzata regressione. In tale ultima ipotesi credo si possa più facilmente trovare la ragione eziologica della rottura della milza supponendo pure che questa si possa esser rotta in seguito ad uno sforzo anche minimo fatto dalla donna mentre era intenta alla vestizione dei propri figli.

E pur ammettendo con ciò non essere decisamente chiarita la causa eziologica, resta di grande importanza il fatto clinico. Si aggiunga pure che, s'io non avessi avuta la rapida intuizione che il sangue provenisse dall'alto, cosa non facile anche a ventre aperto per la posizione del Trendelemburg nella quale era stata collocata la donna per aggredire gli organi genitali interni dai quali credevo provenisse l'emorragia, avrei perduto del tempo in vane ricerche che avrebbero potuto avere per la donna fatali conseguenze.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

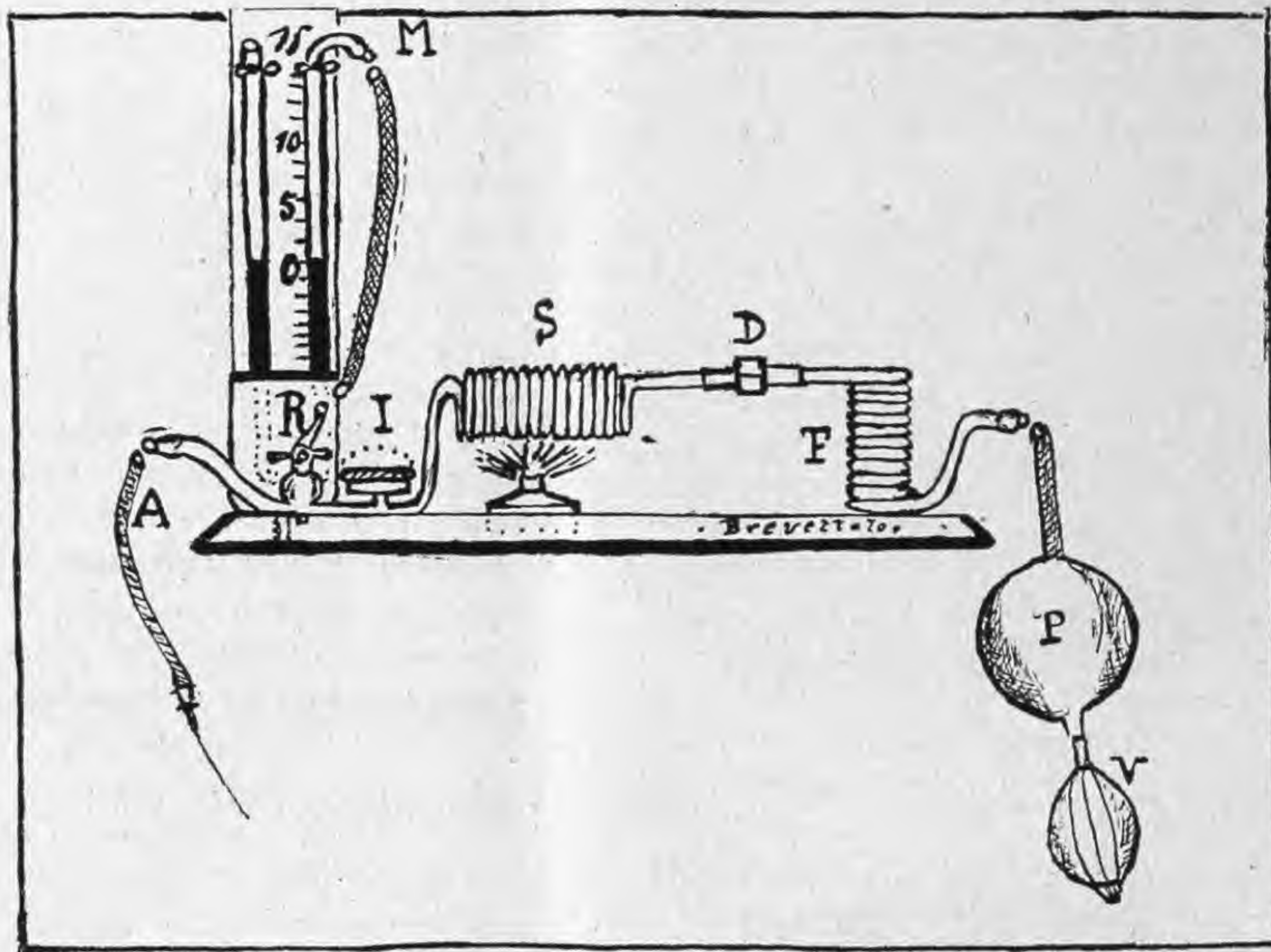
Nuovo apparecchio per pneumotorace.

Dott. ELVIO SEVERINI, Macerata.

Alla descrizione dell'apparecchio mi sia lecito far seguire questa breve nota che riassume la monografia sull'argomento circa le ragioni che mi hanno indotto alla ideazione di esso.

Fra i vari incidenti operatori nel praticare lo pneumotorace artificiale, specie nelle prime introduzioni di aria o gas, uno dei più gravi è quello della crisi pleurogena di varia intensità, sino a quella mortale. I tisiologi ed i pneumotoracisti ne riportano la causa al traumatismo dell'ago-cannula sulla pleura, ma il Breccia ammette che anche l'azione meccanica del gas nel cavo pleurico può essere stimolo dannoso. Dell'efficacia della anestesia locale preconizzata per ovviare a questo grave inconveniente mancano statistiche, come pure ne mancano per dimostrare che anche in operazioni chirurgiche nel torace, fra cui la toracentesi così comune, si siano verificati casi in numero proporzionato allo pneumotorace, gravi o mortali, come sappiamo avverarsi nella cura del Forlanini per shock pleurico, benchè tali operazioni sieno più traumatizzanti della semplice puntura dell'ago-cannula. È logica quindi l'ipotesi che la causa non può tutta ascriversi al traumatismo della

pleura per l'infissione dell'ago così sottile al confronto del trequarti o di altri istrumenti.

Infatti, se così fosse, lo shock dovrebbe essere immediato alla puntura, mentre autori e pratici ci affermano che questo si verifica dopo espletate le prove manometriche, in specie dopo l'introduzione del gas o poco dopo eseguita l'operazione. Che la esclusiva determinante non sia il trauma, starebbe a dimostrarlo anche il fatto che pungendo altre sierose anatomicamente affini alla pleura, come il peritoneo, esso non si effettua, mentre la produzione di questo incidente sembra quasi una triste esclusiva della collassoterapia. Basandosi sulle osservazioni di insigni pneumotoracisti, che il fatto insorge in genere durante e dopo l'introduzione dei gas, fa sorgere l'ipotesi che questa complicanza sia legata piuttosto a questo fattore, che alla puntura stessa della pleura specialmente quando essi vengono introdotti ad una temperatura molto più bassa, come più spesso avviene, di quella che naturalmente e costantemente gode la sierosa pleurica. Se si tien conto che la differenza della temperatura talora oscilla dai 15° ai 25°, è logico ascrivere a questo fatto grande valore per la produzione della crisi pleurogena, specie in alcuni soggetti, ipersensibili e a sistema vasomotorio ipotonico, i quali, senza dubbio, debbono risentire lo stimolo per la bassa temperatura allorchè la colonna di aria o gas, viene a percuotere la pleura determinando così perturbamenti vasomotori e nervosi, che, per via riflessa, generano la crisi. Lo confermano i chirurgi i quali negli interventi nell'addome e nel cavo pleurico si mettono al riparo di questa evenienza, riscaldando al massimo grado l'ambiente e proteggendo i visceri con compresse calde.

M. Manometro con rubinetti smontabile. - **A.** Ago = cannula. - **R.** Rubinetto a due vie (manometro cavo pleurico, cavo p.co e apparecchio. - **I.** Indice a membrana sensibilissima agli atti respiratori (controllo posizione ago). **S.** Serpentino di riscaldamento e sterilizzazione gas o aria (400°). - **D.** Raccordo e filtro amianto. - **F.** Serpentino raffreddamento per non bruciare tubetto del palloncino o della pera di pressione. - **P.** Palloncino del Morelli per 1ª introduzione (pressione negativa). - **V.** Pera elastica di 25 c³. per iniettare aria usando azoto si raccorda l'apparecchio direttamente col recipiente, ecc.

È noto ch una corrente fredda anche in soggetto sano e riparato da vesti può agire sulla pleura dannosamente promuovendo talora una pleurodinia, tal'altra anche una pleurite.

A più forte ragione il getto di gas direttamente sulla pleura alla temperatura ambiente di 15°-25° inferiore alla fisiologica, deve agire di necessità come stimolo dannoso, molto più poi in seguito ai ripetuti rifornimenti, i quali venendo di frequente a stimolarla, l'irritano, riacutizzando vecchi processi pleurici che, assieme a lacerazione di aderenze « all'ostacolo circolatorio per deformazione del polmone » (Breccia) possono in tali soggetti provocare quelle pleuriti essudative che accompagnano nel 60 % (Verdina) lo pneumotorace terapeutico. Eccettuando casi di apertura di caverne, ecc., come afferma Dumarest, la forma

citologica di questi essudati è dunque benigna; essi talora si trasformano in purulenti allorchè l'aria o il gas attraversando il comune filtro a cotone degli apparecchi oggi in uso, sia pure indotti a gorgogliare per un attimo in liquidi antisettici e balsamici come da taluni si pratica, vi trasportano agenti piogeni. I comuni filtri a cotone infatti non possono dare garanzia assoluta che l'aria introdotta nel caso pleurico vi giunga batteriologicamente pura, nè scevra di pulviscolo atmosferico, molto più se si tien conto che tali apparecchi non possono essere sterilizzati, e vengono ordinariamente tenuti in ambienti comuni ed in comuni custodie.

Pertanto le modificazioni apportate con il mio apparecchio si riferiscono sia al riscaldamento dell'aria, sia a che essa giunga nel cavo pleurico batteriologicamente pura, e per ovviare all'inconveniente che si verifica (Goggia) dell'aumento di volume del gas introdotto (per dislivello della temperatura di quella del gas e di quella dell'interno del cavo toracico) con i conseguenti disturbi da compressione specie quando ci imbattiamo in soggetti a mediastino facilmente spostabile.

L'aria immessa dalla palla di gomma della capacità nota di 25 cmc. circola entro il serpentino di rame che nel tempo di circa 15' o poco più, con la fiamma ad alcool, si riscalda sino ad arroventarsi, ed in esso si sterilizza, si spoglia di ogni impurità che si carbonizza, e fuoriesce dall'estremità dell'ago a temperatura fisiologica perdendo col passare entro il tubo di gomma porta ago, tante calorie da abbassarne il fortissimo riscaldamento iniziale sino a circa 37°.

Un indice di respirazione costituito da una membrana animale sensibilissima e tesa lassamente innalzandosi e deprimendosi per la pressione e l'aspirazione delle due fasi del respiro del paziente durante l'atto operativo, ogni qual volta l'operatore lo creda opportuno, dà la sicurezza della buona posizione della punta dell'ago entro il cavo pleurico, e della pervietà.

Per esagerata prudenza è raccordabile al tubo di immissione dei gas dell'apparecchio, il palloncino di gomma a pressione atmosferica del tipo di quello ideato dal prof. Morelli, e ciò per la prima introduzione (pressione negativa, embolia).

E' ovvio che l'apparecchio resta sterilizzato automaticamente nella sua parte anteriore (che è quella che interessa) dovendosi portare a sì alto grado di calore, e se ogni volta non si vuole tornare a sterilizzare il tubo di gomma porta-ago, a fine di operazione, se ne chiude l'estremità libera con una pinza compressiva.

Circa poi alla infrangibilità dell'apparecchio, eccettuato il manometro che è il medesimo di quelli in uso, e che si rinnova con tenue spesa, essa è assolutamente garantita. L'apparecchio è di piccolo volume, e quindi trasportabile senza speciali precauzioni. Il prolungato uso ne potrà confermare la efficacia terapeutica.

Il primo esemplare di recente costruito, ho già potuto sottoporlo al giudizio di due gentili maestri cui sono gratissimo: del prof. Siciliano, l'illustre insegnante di radiologia nell'Ateneo Fiorentino, che si compiacque provarlo con successo nel suo reparto dell'ospedale di S. Maria Nuova, e del prof. Pierallini, il valentissimo direttore del grandioso tubercolosario Careggi, pure in Firenze, che così si esprime:

« E' logico ammettere che portare nel caso pleurico l'aria sterile alla temperatura del corpo debba rappresentare un vantaggio in confronto della introduzione di aria non sicuramente asettica e a una temperatura di molto inferiore. Quanto questo possa influire per impedire gli accidenti imputati ad un risentimento pleurale, fino ad ora in gran parte oscuro nella sua origine, non si può affermare; però ogni eliminazione di cause di irritazione deve considerarsi come un progresso nella tecnica del pneumotorace, e per conseguenza nella cura. Se le pleuriti da pneumotorace si possono considerare derivate da diversi fattori che possono agire contemporaneamente e che sono lo stimolo nella pleura tesa e la possibile infezione di questa, nell'apparecchio del Severini si arriva sicuramente ad eliminare la parte infettante con la sterilizzazione dell'aria, e una delle cause di irritazione con la normalizzazione della temperatura dell'aria.

« Questi vantaggi uniti al facile maneggio, all'infrangibilità dell'apparecchio, alla praticità di trasporto per la pratica privata, lo dovrebbero far preferire agli altri consimili ».

COMMENTI.

ISTIT. DERMOSIFILOPATICO DELLA R. UNIV. DI PALERMO

Risposta alla nota critica del Prof. Ganassini.

(Vedi questo giorn., Sez. pratica, fasc. I, a. c.).

Prof. LUIGI PHILIPPSON, direttore.

Il dott. Amodei, volendo ricercare Bi nei liquidi organici a scopo clinico, e precisamente nel liquido rachidiano, ha provato varî metodi proposti per tale ricerca ed ha trovato quello del Ganassini non adatto, quello dell'Aubry invece sì. Pertanto la sua intenzione non era affatto di studiare i processi chimici, su cui sono basati questi metodi, epperò anche il suo giudizio sul metodo Ganassini non tocca menomamente il valore chimico della reazione ma esclusivamente la sua applicazione clinica. Ora siccome il Ganassini nega assolutamente « la verità dei fatti » riferiti dal dott. Amodei, mi pareva giusto, prima di rispondere alla critica, stabilire le cause che potrebbero influire sui risultati che dà il metodo. Il metodo è colorimetrico epperò già la percezione individuale dei colori poteva essere una delle cause. Quindi, per controllo, noi ci siamo riuniti in tre; il dott. Amodei, il dott. Scudero ed io. Osservando il deposito che risulta nelle urine col primo metodo del Ganassini nei tubi d'assaggio, noi abbiamo trovato che il colorito del medesimo è costantemente grigiastro tanto nelle urine normali quanto nelle urine contenenti Bi qualora si osservino i tubi a luce riflessa sopra fondo bianco. Se si osservano invece per trasparenza, avendo cura di guardare esattamente nell'asse longitudinale del tubo e cioè dal fondo verso l'apertura rivolta verso la luce, questo colorito grigiastro sparisce e si vede il colorito proprio del deposito che, a secondo le urine, appare incolore o giallognolo o brunastro. Noi abbiamo ripetuto questo esperimento su tubi centrifugati ed abbiamo trovato lo stesso fenomeno. Quindi il determinare il colorito del deposito attraverso il tubo non riesce. Abbiamo poi esaminato il deposito delle urine filtrate come recentemente consiglia il Ganassini. Ciò offre il vantaggio di un esame diretto del colore, se si prende la precauzione di togliere dall'imbuto la carta da filtro e distenderlo sopra un piano bianco. Allora si trova che il deposito può essere incolore o giallognolo o brunastro, può essere scarso o abbondante, denso o gelatinoso. E fra le urine, proveniente da persone che si trovano in cura bismutica, vi sono quelle in cui il deposito ha inoltre una tinta grigiastra, brunastra che non si osserva nelle urine normali. Intanto il colorito è talmente indeciso che noialtri tre non ci siamo che di rado messi d'accordo sul medesimo. Allora abbiamo cercato di mettere in evidenza il colorito grigiastro usando per la prova maggiore quantità di urine, invece di dieci c. c. fino a 50 e a 100 c. c. Talvolta siamo riusciti nell'intento, cosicchè si poteva attribuire al sedimento un netto colorito, per lo più, invece, continuava a persistere il colorito indeciso. Quindi abbiamo abbandonato anche questo metodo d'osservazione e ci siamo rivolti al secondo metodo di Ganassini. Questo offre il vantaggio che, se avviene un cambiamento del colorito del sedimento dopo l'azione del reattivo, ciò avviene su fondo incolore, epperò è facilmente apprezzato; tre volte, invece, abbiamo incontrato urine che davano sedimento leggermente brunastro. L'aggiunta del reattivo lascia il sedimento di urine normali incolore, tranne nell'ultimo caso, in cui il colorito brunastro diventò più intenso. Il sedimento incolore di urine, proveniente da persone trattate con bismuto, spesse volte invece assume il colorito brunastro più o meno intenso. Onde determinarlo con esattezza occorre anche qui togliere il filtro dall'imbuto e stenderlo sopra un piano bianco. Avendo trovato due volte fra le medesime delle urine il cui sedimento oltre al colorito brunastro assumeva anche colorito grigiastro intenso, quasi nerastro, abbiamo cercato di mettere in evidenza quest'ultimo colorito anche nelle altre urine che avevano sedimento brunastro. Abbiamo versato sul sedimento il reattivo in preparazione, mentre era ancora torbido o quando si era già chiarificato ma ciò senza vedere differenze nella sua azione. Abbiamo poi, quando il sedimento aveva già assunto colorito brunastro, fatto cadere una goccia di soda sul medesimo ed abbiamo visto diventarlo più intenso. Infine il dott. Scudero ha avuto l'idea di far formarsi lo stannito di soda direttamente sul sedimento, bagnandolo prima col cloruro stannoso e, dopo che ha assunto aspetto bianco opaco, aggiungendo soda a gocce. Quasi istantaneamente il bianco diventa brunastro, più o meno intensamente e molto più forte che non sia col reattivo già bell'e composto. Siccome una ventina di urine normali, trattate allo stesso modo, non davano tale colorito, ma rimanevano incolori, noi abbiamo dovuto riconoscere nel medesimo l'indicatore della reazione. Il reattivo di Ganassini, usato in questo modo, agisce anche in casi in cui coi metodi originali non lo fa ed anche con quantità minore d'urina (10 c. c.) di modo che con grande costanza si può svelare Bi nelle urine di persone trattate col medesimo. Arrivati a questo punto noi abbiamo ritenuto necessario far

determinare il colorito del sedimento, in cui era avvenuta la reazione, ancora da altri 4 colleghi, perchè noialtri tre non sempre abbiamo potuto metterci d'accordo sul medesimo.

Il risulato è stato che 3 erano per il grigiastro, uno per il nerastro, 2 per il brunastro e uno non poteva decidersi. Quindi si può conchiudere che il reattivo di Ganassini conferisce ai sedimenti urinari, contenenti Bi, un colorito che da differente osservatore viene percepito quale brunastro o grigiastro o nerastro e che è da ritenersi come specifico per Bi. E se il dott. Amodei, precedentemente, non ha avuto dei risultati con lo stesso metodo ciò si spiega col fatto che egli si aspettava di vedere costantemente un colorito nerastro e non riteneva per reazioni positive i coloriti che per lo più assumono i sedimenti. In quanto alla modifica di rinforzare il colorito noi non sappiamo se dal punto di vista chimico vi siano da fare delle obbiezioni: praticamente pare che corrisponda allo scopo e il dott. Scudero intende continuare a sperimentarlo. Riguardo al cloruro stannoso è bene notare che anche tenuto chiuso nella boccetta non si conserva inalterato, il che si riconosce dal fatto che la sua soluzione dopo alcuni minuti incomincia a diventare torbida perdendo più o meno della sua azione. Ciò noi abbiamo visto con lo Stannum Cloratum in boccette originali di Merck anche in quelle in cui i cristalli non erano ancora ridotti a polvere. Quindi può darsi che l'anno passato il colruro stannoso non dava reazioni anche per questa ragione. Le prove furono fatte su 24 urine normali e su 15 provenienti da individui trattati con Bi e furono ripetute sulla stessa orina numerose volte. I preparati di bismuto erano Bismulol, Iobichin, Quimbj, Mesurol, Neoluatol e Salbiolo. Le memorie originali del prof. Ganassini non ci erano accessibili per quanto noi abbiamo cercato di procurarcele. I metodi di Ganassini sono venuti a nostra conoscenza perchè citati costantemente negli articoli sulla Bismuto Terapia. Questi però non fanno menomamente prevedere le cause di errore. Dei lavori sull'applicazione clinica noi non abbiamo avuto agio di vederli certamente, se ve ne sono, saranno in numero scarso. Riguardo al metodo di Léger-Aubry usato dal dott. Amodei, c'è da ripetere innanzi tutto che egli non se ne era occupato per studiarlo dal punto di vista chimico, ma esclusivamente per applicarlo a ricerche cliniche. E se egli parla di alcune cause di errori che possono introdurvisi, si tratta di cause che facilmente si evitano e che non menomano il valore pratico del metodo. Del resto questo metodo, sebbene il prof. Ganassini lo disapprovi in modo assoluto, è generalmente usato appunto perchè la ricerca di Bi in clinica si fa in condizioni tali che i risultati trovano senz'altro il loro controllo, e ciò nel confronto fra liquidi organici sospetti di contenere Bi e quelli normali. Nei primi si può avere pertanto la reazione tipica che nei controlli manca costantemente. Anche il Levaditi (*Bismuth dans le traitement de la syphilis*, 1924, pag. 763), continua a descrivere lo stesso metodo per la ricerca qualitativa del bismuto nei liquidi organici.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI PAVIA
diretto dal prof. E. BERTARELLI.

Replica al Prof. Philippson.

Prof. D. GANASSINI.

A seguito della mia risposta alla critica fattami dal dott. Amodei, il prof. Philippson ha creduto di intervenire nella polemica ed a proposito dei metodi da me proposti per la ricerca del bismuto nelle orine, rileva che il dott. Amodei aveva trovato che questi non potevano essere applicati al liquido cefalo-rachidiano. Per la verità la ricerca di traccie di bismuto direttamente nel liquido cefalo-rachidiano, non può essere fatta con i miei metodi, occorre per ottenere risultati netti ed attendibili, distruggere prima le materie organiche con acido nitrico e solforico, come io ho praticato.

Comunque non so se si possa dire che il giudizio dell'Amodei sui miei metodi non tocchi menomamente il valore chimico delle reazioni da me adottate, quando si nega nientemeno la specificità e la sensibilità delle medesime.

Del resto, per essere precisi, io non mi sono permesso di negare assolutamente la verità dei fatti, ma ho semplicemente detto che l'affermazione dell'Amodei non corrisponde alla verità dei fatti, sui quali non si discute.

Dalle osservazioni di controllo fatte a luce riflessa o per trasparenza dal prof. Philippson e dai dott. Amodei e Scudero, sul colore del deposito che si ottiene nelle orine applicando il primo mio metodo, è risultato che non si riesce a determinarne il colore, ciò che invece riesce bene esaminando, come ho consigliato, il deposito raccolto su filtro, che appare grigiastro o brunastro colle orine di persone sottoposte a cura bismutica e non con le orine normali.

Ora quantunque l'esame diretto per trasparenza del colore del deposito, ottenuto per centrifugazione, in molti casi non lasci dubbi sulla presenza del bismuto nell'orina in esame, pur tuttavia in linea generale io sono d'accordo nel confermare queste osservazioni.

Riguardo al mio secondo metodo più vantaggioso, devo far notare al prof. Philippson che esso

è stato da me sostanzialmente modificato e reso sicurissimo, operando la precipitazione delle orine con una miscela a parti eguali di ammoniaca ed acqua ossigenata (1), la quale agendo da decolorante fornisce un precipitato costantemente bianco con le orine normali, più o meno colorato in giallognolo in presenza di bismuto, per formazione di acido bismutico, precipitato che raccolto su filtro, lavato e bagnato con stannito di sodio rimane bianco con le orine normali, mentre diventa grigio o nerastro con le orine bismutiche.

Per ciò che si riferisce poi all'idea del dottor Scudero di far formare lo stannito di sodio direttamente sul sedimento raccolto su filtro, siccome il prof. Philippson dichiara di non sapere se dal punto di vista chimico vi siano da fare delle obbiezioni, io mi permetto di osservare che la reazione dal punto di vista della ricerca del bismuto sostanzialmente non cambia, però si corre il pericolo o di sciogliere ed asportare il sale bismutico che si trova sul filtro, per poco che la soluzione acida di cloruro stannoso sia in eccesso, oppure di determinare con l'aggiunta successiva di soda caustica anche una separazione di ossido stannoso nero; in poche parole non è esclusa la possibilità di non trovare il bismuto presente, oppure viceversa.

Io non voglio poi discutere sulla determinazione del colorito del sedimento, ottenuto collo stannito di sodio nelle orine bismutiche, per giudicare del quale il prof. Philippson ha creduto opportuno di chiamare, oltre ai dott. Amodei e Scudero altri quattro colleghi, che sul giudizio non poterono mettersi d'accordo.

Nella reazione positiva, che il colore del deposito sia grigiastro, nerastro o brunastro, poco importa, ciò dipende da varie circostanze ed in particolare dallo stato di divisione del bismuto che si separa; quello che interessa veramente si è che la tinta del deposito o del precipitato sia a fondo nerastro, reazione specifica della presenza del bismuto, come dichiara anche lo stesso professore Philippson. Sono quindi spiacente che il dott. Amodei non abbia per questo fatto avuto dei risultati sicuri applicando il mio metodo.

Il prof. Philippson fa notare poi che il cloruro stannoso anche tenuto chiuso nella boccetta non si conserva inalterato, il che si riconosce dal fatto che la sua soluzione dopo alcuni minuti diventa torbida perdendo più o meno della sua azione, quindi egli pensa che il reattivo non avesse dato reazioni sicure nelle mani del dott. Amodei, anche per questa ragione.

Questa alterazione che subisce per idrolisi ed ossidazione spontanea la soluzione acquosa di cloruro stannoso, è ben conosciuta e trovasi descritta in tutti i Trattati di Chimica Analitica. È noto ancora come per impedire questa alterazione e conservare a lungo limpida ed inalterata una tale soluzione, bisogna prepararla con acido cloridrico diluito al 10 % ed aggiungervi qualche pezzetto di stagno metallico, come ho proposto.

Non so spiegarmi come mai il prof. Philippson non sia riuscito a procurarsi le mie memorie originali, pubblicate nel Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia e nel Bollettino Farmaceutico di Milano; ad ogni modo avrebbe potuto rivolgersi direttamente a me, che sarei stato ben lieto di soddisfare subito il suo desiderio.

Il prof. Philippson chiude da ultimo la sua risposta affermando che il dott. Amodei non si era occupato di studiare il metodo Leger-Aubry dal punto di vista chimico; ciò mi sembra non in relazione col fatto che egli si è occupato di portare al metodo delle modificazioni di tecnica molto discutibili, trattando anche di alcune cause di errore facilmente evitabili e dimenticando quelle che sono le più gravi e non sempre eliminabili.

Comunque le cause di errore gravi del metodo Aubry che io ho messo per la prima volta in evidenza nel 1922, che furono rilevate dal Dezani e che sono state descritte da Cuny e Poirot nel 1923 (1), confermate poi nel 1924 da Fabrègue e Bressier (2), da Labat e Pery (3) e da Jeanselme, Delalande e Terris (4), senza che questi autori citassero le mie precedenti osservazioni, giustificano abbastanza la mia disapprovazione in modo assoluto. A proposito dell'applicazione del metodo Aubry, Cuny e Poirot concludono col ritenere necessario che certuni risultati pubblicati, sulla eliminazione del bismuto per diverse vie, vengano controllati.

Ora è semplicemente incomprensibile come il metodo Leger-Aubry, così largamente criticato, sia ancora generalmente usato, specie in Francia, per la ricerca del bismuto nei liquidi organici e come il Levaditi insista ancora nel proporre l'applicazione di un metodo così poco pratico, quindi non clinico, che presenta tante cause di errore, rilevate dagli stessi autori francesi, e che è basato sopra una reazione chimica non specifica.

Aprile, 1925.

(1) Bollettino Chim.-Farm., fasc. 22, novemb. 1922.

(1) Journal de Pharm. et de Chim., 1923, 1 ottobre, pag. 215.
(2) Ibid., 1924, pag. 11.
(3) Ibid., 1924, pag. 23.
(4) La Presse médicale, 19 marzo 1924, pag. 245.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA SCHELETRICO.

L'osteomielite primitiva delle costole.

(PARCELIER et CHAUVENET. *Revue de Chirurgie*, numero 10, 1924).

A proposito di un caso personale, gli AA. sulla base delle 92 osservazioni esistenti in letteratura tracciano il quadro clinico completo dell'osteomielite primitiva delle costole.

La malattia è abbastanza rara trovandosi, secondo statistiche, dall'1.9 per cento al 0.8 per cento dei casi di osteomieliti primitive.

L'uomo è il doppio più predisposto della donna.

Colpisce come le altre osteomieliti nella giovane età benchè non manchino casi fino a 62-68 anni.

Il traumatismo può influire come localizzatore. La porta d'entrata dell'infezione può essere la più varia dalle erosioni labiali e buccali alle malattie esantematiche, alle appendiciti, ecc.

Non è raro che colpisca più costole, quando si limita ad una costola questa più frequentemente è la VII. Punti di predilezione sono l'estremità anteriore della costola ossea e l'angolo. Entrambi possono essere colpiti simultaneamente.

Il sequestro può mancare come può essere costituito dall'intiera costola.

Si ha formazione d'ascesso che quando viene da focolaio anteriore si estrinseca rapidamente all'esterno. Quando viene da focolaio posteriore si stabilisce fra costola e pleura e dopo lungo tempo si estrinseca all'esterno scorrendo in avanti.

Mai l'ascesso si apre nella pleura.

Il germe più frequente è lo stafilococco aureo poi lo streptococco, altri cocchi son molto più rari. Clinicamente quando si tratta della forma acuta anteriore la flogosi costale e poi l'ascesso si manifestano poco dopo la grave sindrome generale, se invece della forma acuta posteriore dopo un tempo molto più lungo.

Nella forma iperacuta prevale un grave stato generale che d'ordinario conduce a morte.

Nella forma cronica si ha una sequela di piccoli focolai successivi con sintomi generali e locali non molto gravi.

Complicazioni possono essere il distacco condrocostale, l'emorragia secondaria dell'a. interessata, il versamento pleurico sieropurulento o purulento.

L'esame radiografico può mettere in evidenza lesioni ossee, quando sono di notevole entità, se no può solo fare distinguere la lesione pleurica o parapleurica da un ascesso subfrenico.

La prognosi è abbastanza grave avendosi 10 morti sui 92 casi.

Quando si tratta di osteomieliti dell'estremità anteriore, se delle 6 costole inferiori l'ascesso si apre direttamente, se delle 6 superiori in seguito a sollevamento a lembo della mammella e del pettorale.

Se l'osteomielite è posteriore si incide lungo la paraverterbrale.

La semplice apertura può dare la guarigione quando manca necrosi, se no bisogna procedere ad una resezione piuttosto ampia per esistenza di germi nel midollo a distanza dal focolaio.

S. GUSSIO.

Trattamento operatorio della frattura sopra- ed intercondiloidea dell'omero dell'adulto.

(CHARRIER e PETIT-DUTAILLES. *Journal de Chirurgie*, tomo XXIV, n. 6, dicembre).

Le fratture sopra ed intercondiloidee dell'omero non sono frequenti nell'adulto, per cui è raro osservarne più d'uno o due casi all'anno anche in grandi reparti di Chirurgia. Sono poi gravi per il pronostico funzionale trattandosi di lesioni endarticolari. Se è lecito sperare in una riduzione incruenta allorchè si è di fronte a fratture semplici, è follia contarci allorchè lo spostamento dei frammenti, la loro piccolezza, il loro numero la rendono impossibile. Ora siccome dal lato funzionale il fatto capitale della terapia di queste fratture è riposto nella riduzione degli spostamenti, che altrimenti determinerebbero limitazione dei movimenti di flessione od anchilosi per callo deforme, così bisogna necessariamente ricorrere all'intervento cruento. Difatti, colla ricostruzione rigorosa delle superfici articolari per mezzo dell'osteosintesi, si raggiunge un notevolissimo risultato ed una restitutio funzionale quasi perfetta.

Prima si usava la tecnica di Lambotte (avvitamento e fissazione dei frammenti), in seguito Alglave ha fatto fare un progresso considerevole nella tecnica operatoria proponendo la via transolecranica per aggredire il focolaio di frattura.

Gli AA. dopo di avere illustrato due casi personali di frattura della specie in esame e cioè: l'uno osservato in una donna di 20 anni, per caduta sul gomito destro, che presentava una frattura obliqua in basso ed in fuori, iniziantesi dal margine interno omerale a due dita traverse al di sopra dell'epitroclea e terminante all'epicondilo, col frammento diafisario spostato in basso ed in fuori, ed inoltre il tratto della linea di frattura verticale distaccandosi dalla prima circa la metà veniva a trovarsi fra il condilo e la tro-

clea, in modo che il frammento della troclea era spostato in avanti e quello del condilo indietro; e l'altro in una donna di 32 anni che era caduta indietro sul gomito sinistro, coll'avambraccio in flessione, e che presentava una frattura ad Y, con spostamento dei frammenti simile al precedente, nei quali praticarono l'osteosintesi per la via transoleocranica con ottimi risultati funzionali, aggiungono alcune osservazioni:

1) sulle indicazioni e sulla scelta del momento di intervenire, sia che si tratti di frattura ad Y, a V, od a T dell'estremo inferiore omerale, sia che esistono lesioni delle parti molli, o fratture esposte con apertura dell'articolazione. Per il tempo è preferibile operare più presto possibile, non avendosi a temere la riproduzione di un emartro se la coattazione è esatta e solida; anzi è meglio di sbarazzare al più presto l'articolazione dai coaguli sanguigni per evitare l'artrite e per non rischiare temporeggiando di trovarsi di fronte ad un callo voluminoso che impedirebbe la riduzione;

2) sulla tecnica e sulla via di accesso. Prima di Alglave la maggior parte dei chirurgi si servivano di due incisioni longitudinali, dell'incisione a baionetta di Ollier, riservando la via transoleocranica a casi eccezionali: dal 1914 l'Alglave l'ha introdotta nella pratica comune e consiste: *a*) incisione ad U che circoscrive la parte posteriore del gomito, le due branche laterali devono passare per l'epicondilo e per l'epitroclea, rimontando a 7-8 cm. al di sopra di queste eminenze e la sommità dell'incisione deve corrispondere alla base dell'olecrano; *b*) ricerca e messa in libertà del nervo cubitale sulla doccia epitrocleo olecranica, incidendo necessariamente il vasto interno per scoprire la parte superiore del nervo e liberandolo anche al di sotto della doccia fra i fasci di origine del cubitale anteriore. Spostamento del nervo con una compressa umida al davanti dell'epitroclea; *c*) sezione dell'olecrano alla sua base con una sega coltellinare e sollevamento del lembo; *d*) esplorazione del focolaio e trattamento della frattura (prima ricostituzione della epifisi con una o due viti e poi coattazione con viti della diafisi al blocco epifisario); *e*) sutura del lembo ricostruendo i vari piani con esattezza anatomica (l'olecrano sezionato si sutura con un filo metallico). Il nervo cubitale, non esistendo più la doccia epitroclea olecranica (essendo occupata dalla testa delle viti), ed anche per rendere più facili le manovre di estrazione in secondo tempo di questi corpi estranei, viene trasportato in avanti dell'epitroclea sollevando il labbro corrispondente del lembo e fissandolo con qualche punto di catgut e suturando la faccia profonda del tessuto cellulare all'aponeurosi brachiale.

3) Sulle cure postoperatorie. Immobilizzazione ad angolo ottuso dell'articolazione del gomito; mobilizzazione precoce (attiva dall'ottavo al dodicesimo giorno); dopo un mese attiva e passiva.

4) Sul materiale di sintesi: è molto discusso se lasciarlo in posto o no. Alcuni lo levano sistematicamente. Anche gli AA. sono di questo parere e cioè toglierlo dopo due o tre mesi, anche se ben tollerato.

PANDOLFINI.

Sulle vie di accesso iuxta-retro-peroniera nel trattamento cruento delle fratture malleolari con frammento marginale posteriore.

(GATELLIER e CHASTAGNE. *Journal de chir.*, t. XXIV, n. 5, nov. 1924).

Gli AA. nella Clinica Chirurgica di Duval hanno studiato in presenza di una frattura malleolare con frammento marginale posteriore, quale sia la via migliore, se si decide d'intervenire, che permetta più facilmente la messa allo scoperto e la fissazione metallica del frammento marginale posteriore.

Non discutono le indicazioni riservandosi di farlo in un prossimo lavoro ed accennano che sono stati proposti due mezzi di tecnica operatoria, uno dal Picot per via transachillea con lembo cutaneo ad L a cerniera interna, l'altro dall'Alglave per via transcalcaneare anch'esso con lo stesso lembo.

Per quanto ambedue i processi siano buoni ed abbiano dato soddisfacenti risultati funzionali, pure sarebbe da preferire quello per via transcalcaneare perchè offre un campo più vasto ed utilizza una sezione ossea facilmente suscettibile di riparazione più di quella tendinea.

Presentano però l'inconveniente oltre che della sezione ossea o tendinea di dover usare un lembo cutaneo a livello di un territorio mal vascolarizzato.

Gli autori pertanto hanno istituito delle ricerche sul cadavere cercando una via facile e con minore danno per aggredire il focolaio di frattura ed il frammento marginale posteriore.

È noto che nel trattamento cruento di tali fratture può capitare di dovere intervenire in fratture complesse (con tre frammenti liberi) o sul malleolo esterno, sul frammento marginale posteriore, sul malleolo interno.

La via di accesso che gli autori propongono iuxta-retro-peroniera permetterebbe di raggiunge-

re il malleolo esterno e il frammento marginale posteriore, completandola, se occorre, con una via di ascesso interna sul malleolo tibiale.

Tecnica. Tralasciando di parlare della posizione da dare all'infermo e di quella dell'aiuto per compiere i vari movimenti sussidiari, i vari tempi, sarebbero i seguenti:

1) Incisione rettilinea della pelle 12 cm. dall'apice del malleolo esterno seguendo esattamente il bordo posteriore del malleolo e terminante arcuata in basso;

2) Sollevamento e sezione della guaina fibrosa dei tendini peronieri e del suo rinforzo.

3) Messa in libertà dei tendini, lussazione degli stessi;

4) Disinserzione delle fibre inferiori del flessore del pollice dalla faccia posteriore del perone. Sezione del legamento peroneo tibiale anteriore e peroneo tibiale posteriore, se esiste ancora;

5) Si ribatte il malleolo esterno dall'alto in basso facendolo girare sulla sua punta, senza ledere i legamenti peroneo-astragalico anteriore, peroneo-calcaneare e peroneo-astragalico posteriore;

6) Estensione forzata del piede, divaricamento delle parti molli, rendendo libero il frammento libero tibiale posteriore. Si ispeziona così l'estremità inferiore della tibia tarsiale posteriore esterna e frammento marginale, ed inoltre la faccetta articolare peroniera dell'astragalo e l'interlinea articolare;

7) Toilette dell'interlinea articolare, asportazione dei piccoli frammenti ossei, espulsione del sangue e dei coaguli, lavaggio all'etere;

8) Riduzione, riposizione, ecc.;

9) Fissazione del frammento marginale posteriore con vite, fissazione del malleolo esterno sulla tibia, immobilizzazione del malleolo peroniero secondo Anglave con un anello e con una vite, a seconda la direzione della frattura;

10) Sutura periostea del malleolo tibiale;

11) Riposizione dei tendini peronieri e sutura cutanea senza drenaggio.

Nell'esposizione di questo processo gli AA. hanno tenuto presente il caso di una frattura bassa (che non si trovi cioè al di là dei 7 cm. dall'apice del malleolo esterno). Ma se si è di fronte ad una frattura alta, per quanto rara, gli AA. non esitano a sezionare il perone a 7 cm. dall'apice, come ebbe occasione di fare il Basset, assistito da uno dei proponenti. In certi altri casi rari il frammento marginale posteriore può essere aderente al malleolo esterno ed allora è superfluo di avvitare quest'ultimo, come fece con ottimo risultato il Launay.

PANDOLFINI.

SISTEMA NERVOSO.

Nevriti e pseudotabi arsenobenzoliche.

(SÉZARY e CHABANIER. *Bull. et mémoires de la Soc. hôpit.*, Paris, 1925, n. 7).

Le nevriti arsenobenzoliche, di cui casi sparsi vengono citati di tanto in tanto, sono ancora mal conosciute e discusse. Talora le nevriti possono simulare le tabi fruste e le tabi atassiche. Nei quattro casi di nevriti sensitive lievi e pseudo tabi fruste riportati dagli AA. non vi è dubbio sulla diagnosi come sull'origine arsenicale. I quattro casi rappresentano forme accentuate del tipo primo di nevrite descritto da Sicard: essi si caratterizzano per una acroparestesia associata all'abolizione dei riflessi achillei, uni o bilateralmente, senza disturbi della motilità nè dei riflessi rotulei. In misura incostante essi si accompagnavano a leggeri disturbi della sensibilità obiettiva limitati alle estremità. Bisogna perciò saper ben distinguere questi casi dalle vere tabi: alcuni segni differenziali, come l'integrità del liquido cefalo rachidiano, l'integrità dei riflessi rotulei nelle nevriti hanno un valore relativo, perchè un sifilitico anche fortemente trattato e non presentante aperte lesioni nervose, può avere un liquido cefalo rachidiano anormale; d'altra parte un p. colpito da nevrite arsenobenzolica può avere i riflessi rotulei aboliti, ed un tabetico frusto avere dei riflessi rotulei normali. Più importante è il riflesso alla luce, abbenchè si possa trovare alterazione del riflesso di Argill-Robertson sia in caso di lesione sifilitica frusta nervosa, sia in caso di neuriti arsenobenzoliche. È di regola in queste nevriti l'integrità degli sfinteri: importanza va data al carattere particolare dei disturbi obiettivi e subiettivi della sensibilità: i nevritici accusano formicolii dolorosi plantari dei quali raramente si lamentano i tabetici i quali al contrario soffrono di dolori folgoranti netti. Nei nevritici degli AA. si hanno leggeri disturbi della sensibilità superficiale localizzati alle estremità ben differenti dai disturbi sensitivi iperestesici o anestesici disposti a fascie radicolari nei tabetici. La diagnosi differenziale dovrà farsi anche con le polineuriti alcooliche.

Allorchè le nevriti arsenobenzoliche sono intense e generalizzate possono simulare non una tabe frusta, ma anche una vera pseudo tabe atassica: due casi ne riportano gli AA. nel primo dei quali l'arsenico ha agito sotto forma di acido arsenico che serve per preparare il 914 e l'arsenobenzene. Il secondo caso è dovuto unicamente al 914. La quantità del tossico assorbito, difficile a precisare nel primo è stabilita nel secondo in gr. venti di 914 somministrato in inie-

zioni biseriali ed in ciascuna serie eseguita una volta ogni tre giorni, una seconda volta quotidianamente da raggiungere in una settimana la enorme dose di gr. 3.75 di 914.

Ma l'insorgere di accidenti del genere non è dovuto essenzialmente alla dose: il malato di Spiomann aveva ricevuto solo due iniezioni per un totale di gr. 0.70 di 914: possiamo in tal caso domandarci se non abbia importanza l'anafilassi. Occorre tener conto anche della via di introduzione: più le dosi sono elevate, più le iniezioni sono riavvicinate, più è facile l'insorgenza di polineuriti arsenicali: così pure ha importanza la via di introduzione: a dosi eguali sembra che la via sottocutanea predisponga più della via intravenosa. Soppressa la somministrazione la nevrite guarisce lentamente. Per Sicard la diagnosi differenziale fra vera tabe e tabe arsenicale risiede: nello studio del liquido cefalo rachidiano, nella ricerca delle reazioni elettriche, nell'esame dei segni pupillari. Nelle pseudo tabi arsenicali al contrario delle altre neuriti periferiche lo steppage è l'eccezione, l'areflexia achillea, la regola. La differenziazione in accidenti arsenobenzolici sopravvenuti a peggiorare una vera tabe curata, si basa su sfumature che non portano a decisioni; in casi dubbi, sospendere la medicazione arsenicale e rimpiazzarla con preparati bismutati o mercuriali che non mostrano elettività per i riflessi. Per la produzione degli incidenti, sempre secondo Sicard, è indifferente la via di introduzione.

MONTELEONE.

Sul drenaggio degli spazi sottoaracnoidei nella meningite purulenta.

(HAUKE. *Bruns. Beitr. z. Klin. Chirurg.*, Bd. 131, H 1, S. 10-32, 1924).

L'A. ha eseguito numerose ricerche sui cadaveri per stabilire la permeabilità degli spazi sottoaracnoidali dal punto di vista del drenaggio a scopo terapeutico. Egli divide gli spazi sottoaracnoidali in 3 gruppi: nel primo gruppo ha posto gli spazi a maglie piccole e strette in cui il drenaggio avviene molto limitatamente e per una zona piccolissima attorno al punto in cui è messo il drenaggio; questo comprende tutta la parte convessa dei lobi frontali e parietali e quella posteriore del midollo spinale. Nel secondo gruppo entrano a far parte quelle zone in cui la capacità di deflusso è mediocre: vale a dire le cisterne mediane della base e ambi le trasversali, la cisterna della fossa di Silvio e la cisterna ambiens. Il terzo gruppo è costituito dagli spazi ampi e liberi il cui drenaggio avviene facilmente per un ampio deflusso e che comprende più specialmente le cisterne cerebello midollare superiori e inferiori e lo spazio subaracnoidale cervicale anteriore e la cisterna lombare. L'aggredire gli spazi compresi nel secondo gruppo (della base) presenta difficoltà e pericoli operatori che non rendono pratica l'attuazione, più semplice è quindi il drenare dagli spazi cerebello midollari posteriori o dalla cisterna lombare. Il primo può essere aggredito con una piccola trapanazione praticata vicino alla cripta occipitalis o un po' lateralmente; il secondo con la comune puntura di Quincke. Oltre il drenaggio anche una prudente irrigazione è di utilità. L'irrigatore va posto ad una piccola altezza (30-40 cm.); e l'irrigazione fatta con piccola quantità varie volte al giorno.

L'A. riferisce qualche caso proprio e di altri chirurgi in cui si sarebbero ottenuti con tale trattamento buoni risultati. Egli insiste sul fatto che il drenaggio non va mai posto in corrispondenza dei lobi frontali o temporali. Anche il drenaggio dei ventricoli laterali non è, secondo l'A., consigliabile per le difficoltà e pericoli a cui dà luogo.

V. GHIRON.

Infezioni blastomicotiche del sistema nervoso.

(I. G. GREENFIELD. *Medical Science*, luglio, 1924),

Le infezioni micotiche appaiono più frequenti da qualche tempo, specie in Australia e in America. Una blastomicosi sottocutanea o sistematica spesso giunge all'esito letale con sintomi di tumore o di meningite. Però piuttosto di rado l'infezione si limita strettamente o principalmente al sistema nervoso.

I principali agenti patogeni di questo gruppo sono i seguenti:

1° *Coccidioides immitis.* Si riproduce per endospore; si trova nelle cellule giganti dei granulomi da esso provocati. La malattia si osserva in Brasile, in Argentina e in California (Valle di S. Joaquin). Si manifesta con ascessi multipli cutanei o delle sierose, nel pus dei quali si trovano i parassiti, intracellulari.

In un caso furono trovati nel liquor. Il reperto era simile a quello di una meningite tubercolare.

2° *Saccaromices.* Sono veri lieviti che si riproducono per gemmazione e per endospore. Di rado invadono il sistema nervoso in modo sistematico. Sono descritti casi di meningite, con reperto del germe nel liquor, in cui le meningi apparivano coperte di una sostanza gelatinosa ricca di microrganismi.

3° *Criptococcus dermatitidis* (Oidiomices). Si riproduce solo per gemmazione.

Si trova principalmente nei dintorni di Chicago e produce lesioni granulomatose della pelle e dei polmoni simili alle tubercolari, ascessi

multipli di varia grandezza, interessamento delle ghiandole, e spesso, come ultima scena del quadro nosologico, ascessi cerebrali multipli e meningite fibrino-purulenta. Nei focolai si possono trovare cellule giganti che contengono microrganismi: non è rara la necrosi caseosa.

4° *Criptococcus histolytica* (Thorula hist), provvista di capsula gelatinosa. Di regola produce numerose piccole cisti cerebrali piene di sostanza gelatinosa. Ne sono descritti solo otto casi. Il quadro clinico è quello di un tumore cerebrale. Il liquore è a pressione aumentata, contiene molti linfociti, alla prova di Lange da una curva luetica, vi si possono trovare i microrganismi. Oltre le cisti si possono trovare anche noduli a centro caseoso, reazione meningea, gliosi subpiale, infiltrazione perivascolare.

Sono poi descritti casi sporadici di meningite criptococcica, dati da microrganismi non capsulati, subacuta, con vari sintomi a focolaio durati lungo tempo, prima di giungere all'esito letale (ambliopia, anosmia, paralisi varie, ecc.). Il liquor, dapprima limpido, spesso finisce per divenire purulento, e vi si trovano da ultimo i germi. L'errore diagnostico più comune è con la meningite tubercolare.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Dott. VITTORIO GHIRON. *L'importanza delle paratiroidi secondo le odierne vedute.* Un volume di pagg. VIII-125. Casa Edit. Luigi Pozzi, Roma. Prezzo L. 14.

Le questioni attinenti alle ghiandole a secrezione interna hanno sempre il potere di attrarre l'attenzione dei medici. Ma bisogna riconoscere che non sempre si pongono in grado di considerarle con giusto criterio a volte lasciandosi trasportare da un facile ottimismo, a volte abbandonandosi a un negativismo esagerato. Dal gran numero di dati sperimentali e clinici che si sono venuti accumulando in questi ultimi decenni — dati spesso contradditori, talvolta forse anche non controllati con eccessivo rigore — non è sempre facile il formarsi un concetto esatto dello stato attuale dell'endocrinologia, a chi dell'endocrinologia non si è occupato in modo speciale. Utili sono dunque, e in modo precipuo per il pratico, quelle monografie che riassumendo in un quadro chiaro e schematico i dati più sicuri e controllati, porgono alla mente del lettore un concetto semplice e ben definito di una parte di queste conoscenze.

Le paratiroidi, le loro funzioni, la loro importanza nella patologia umana, la possibilità di usarle in opoterapia, costituiscono indubbiamente uno dei campi meno conosciuti dal pratico, in parte per la brevità del tempo in cui queste piccole ghiandole sono acquisite alla scienza, in parte per la relativa scarsità di studi di cui furono oggetto. Benchè uno dei più illustri ricercatori sia stato italiano (il Vassale), non v'è dubbio che pochi studiosi in Italia se ne sono occupati. Dalle recenti pubblicazioni straniere è invece da rilevare come la loro importanza si vada sempre più estendendo e consolidando cosicchè il medico colto non può ormai più trascurarle.

Giunge dunque assai opportuna questa monografia su tale argomento, tanto più utile perchè in Italia, a quanto io ne sappia, non esistono monografie recenti.

Dopo un breve ma sufficiente ricordo sull'anatomia e sulla fisiologia delle paratiroidi, l'A. ricorda i casi non frequenti, ma meno rari di quanto si creda, di affezioni di queste ghiandole, giunte al tavolo anatomico; affezioni che per la peculiare funzione delle paratiroidi spiegano generalmente un'influenza su tutto l'organismo. Poi si occupa con maggiore estensione della parte che alle paratiroidi spetta nella patologia del sistema osseo, specialmente nella patogenesi di talune malattie sistematiche, come il rachitismo e l'osteomalacia; di cui non v'è giorno in cui il pratico non trovi malati e la cui diffusione con lo svilupparsi dell'urbanesimo è destinata a salire. Eliminati i vecchi concetti patogenetici che non reggono alla critica dei fatti, l'A. riassume in un quadro anatomico e clinico i vari dati che si sono venuti raccogliendo negli ultimi decenni e aprono la mente a nuove vedute sia dal punto di vista puramente teorico, sia nel campo pratico della terapia.

Una questione che ha sempre preoccupato e preoccupa ancora i chirurghi dei centri gozzigeni è l'evenienza che nell'estirpare il gozzo venga ad esser leso il sistema paratiroideo con effetti generalmente gravi e talvolta anche funesti. L'A. ha raccolto la poderosa letteratura sull'argomento facendola oggetto di una severa e minuziosa critica ed occupandosi sopratutto del lato pratico e tecnico della questione. Chiude la monografia un capitolo che parla dell'importanza delle paratiroidi nei processi infettivi e nelle reazioni serologiche dell'organismo. È noto come recente acquisto nel campo sperimentale e clinico la relazione esistente fra talune ghiandole a secrezione interna e le infezioni e le reazioni immunitarie: era quindi interessante il ricercare tali relazioni rispetto anche alle paratiroidi ed è ciò che l'A. ha fatto in varie esperienze. Del resto in tutti i problemi l'A. ha cercato di portare un contributo personale sperimentale e clinico. Il lavoro contiene anche un'accurata bibliografia e 25 nitide illustrazioni.

L. DOMINICI.

A. BROCA. *Tuberculose chirurgicale*. Librairie G.-B. Baillière et fils, Paris, 1925.

Sono raccolte in questo volume le lezioni tenute dall'A. per un corso sulla tubercolosi infantile. Esse sono l'esposizione di quanto il Broca ha potuto osservare in 30 anni di pratica ospitaliera in un reparto di bambini.

Le lezioni sono 31 e riguardano specialmente le adeniti, le osteiti e le osteoartriti tubercolari sia nella loro patologia generale che in quella speciale delle diverse regioni.

Il volume consta di 394 pagine ed è corredato di numerose figure.

G. MATRONOLA.

E. L. GAUTIER. *Urologie*. Collezione di « Les petits précis ». A. Maloine, Paris, 1925, p. 150, fig. 65.

In ogni branca della Medicina si registrano giornalmente dei progressi, manifesti sopratutto in alcune delle specialità, fra le quali la Urologia. Non era facile condensare in un piccolo libro tascabile, come questo della collezione dei Précis, la descrizione dei nuovi metodi di investigazione, dei moderni processi di esplorazione urologica, ma l'Autore è ben riuscito nel suo scopo, tenendo sopratutto presente il suo intendimento che consisteva nel permettere al medico pratico e al giovane medico di agire correttamente sia nella cura del malato come nella scelta del momento opportuno per inviarlo allo specialista, servendosi solo di uno strumentario ridotto al minimo.

Lo stile quasi telegrafico, i numerosi schemi didattici, le figure e le tabelle disseminate nel testo riescono caso per caso in ogni singola malattia a indirizzare il medico verso l'esatta diagnosi e quindi verso la cura salutare, ciò che costituisce lo scopo della nostra arte medica.

E. MINGAZZINI.

DIVAGAZIONI.

La funzione della biblioteca nella formazione del medico pratico e nello sviluppo delle scienze mediche.

Crediamo che verrà letta con interesse la parte conclusiva di un discorso pronunziato dal prof. Vittorio Ascoli il 26 febbraio 1925, per l'inaugurazione della Biblioteca Medica al Policlinico Umberto I di Roma.

Premesse le vicende che hanno condotto a creare questa istituzione — dovuta per la massima parte alla tenacia e alla fede del prof. Ascoli, le quali sono riuscite a trionfare di tutte le difficoltà — così l'oratore continua:

Più crescono gli anni e l'esperienza del medico, più questi apprezza l'utilità dei libri. Quando Clemente XI fondò in Roma la scuola dei medici a S. Spirito, Lancisi, ormai vecchio, donò la sua biblioteca come un mezzo di studio indispensabile, pur quando, nell'inaugurarla, insegnava ai giovani che, oltre e al di sopra dei libri dei maestri, avrebbe dovuto passionatamente studiare il grande libro ch'è il corpo umano. Pietro Frank, clinico di Pavia (1785-96), essendo stato chiamato clinico di Vienna (1796-1803), lasciò come retaggio del suo attaccamento all'Università di Pavia una cospicua somma, il cui reddito fosse annualmente impiegato in acquisto di opere mediche: la ricchezza di libri e periodici, che dal lascito è derivata, costituisce una delle forze e delle attrattive della antica università lombarda. Osler, il maggiore clinico anglo-americano moderno, riconosce nelle numerose e ricchissime biblioteche una delle sorgenti più poderose del progresso immenso compiuto dalla medicina negli Stati Uniti.

Adunque i veri e sommi clinici — e antichi e moderni — vedono nelle biblioteche uno dei precipui meccanismi per lo sviluppo della nostra scienza e della nostra arte.

In nome loro, ma con mia calda e profonda convinzione, io voglio farmi, tra i profani della medicina che qui seggono numerosi ed autorevoli, assertore dell'indispensabilità della biblioteca per i medici; voglio farmi apostolo fra i medici, fra i giovani soprattutto, dei benefici immensi che trarranno dalla diuturna consuetudine con i libri.

Il valore che alla biblioteca hanno riconosciuto tali maestri di medicina mi dispensa quasi dal rilevare quanto essa giovi a chi tende al progresso con ricerche e a chi insegna. Chiunque studia trae succoso alimento da quanto i libri contengono e ne trae forma o incitamento a ricerche, esperienze, considerazioni. Il ricercatore poco guadagna dai trattati, molto invece dalle monografie e dai periodici. I periodici, che oggi soprattutto contengono ogni nuovo tentativo sperimentale, ogni constatazione di fatti nuovi, ogni originale orientamento del pensiero, gli sono indispensabili. Da ogni parte del mondo partono faville di progresso che lo studioso d'oggi ha bisogno di vedere da vicino. I sunti dei giornali sono utili per dare

indicazione e notizia di quanto si produce in un campo determinato: sono vani e persino pericolosi per il ricercatore. Occorre abbia sempre il testo originale chi voglia comprendere a pieno le vedute d'un autore, il significato d'un indirizzo, la tecnica d'una analisi. Disporre della larga dovizia dei periodici d'ogni lingua e nazione offre a chi lavora la sicurezza di non tentare quello che altri ha già provato o vero o falso, offre la fiducia di usare una tecnica precisa e adatta allo scopo, offre specialmente la occasione e la spinta verso il nuovo. Chi insegna, si giova anzitutto dei trattati per avere una idea concreta dello stato odierno d'ogni questione, ma specialmente della maniera ond'essa viene impostata dai maggiori; ma anch'egli ha bisogno dei periodici per conoscere subito quanto nel mondo si sa e si fa di nuovo, valutarlo alla stregua della sua esperienza, riuscendo così a convertire in moneta corrente il metallo disperso nei giornali, nei resoconti di accademie, nelle monografie.

Come la biblioteca giova ai ricercatori e ai maestri di medicina, riesce similmente di grande vantaggio al medico pratico. È per sè evidente che, per lui, valutare i fenomeni morbosi senza libri sarebbe vano tentativo: equivarrebbe a voler navigare sprovvisti di carte geografiche. Ma i libri, oltre rappresentare questi presupposti didattici, riescono in momenti particolari, indispensabili al medico.

Quando egli inizia la sua carriera non riuscirà mai ad affermarsi, ad imporsi, mediante i sistemi di diagnosi e di cura di dominio generale; troverà un valido aiuto invece nello studio di libri recenti e di periodici che aprano nuove vie o che almeno indichino nuovi metodi. Utilizzando con criterio tali fresche conoscenze, trarrà, dalle sue fervide iniziative giovanili, argomenti e mezzi per raggiungere presto la reputazione, che gli assicurerà il successo e l'avvenire.

Nel prosieguo della vita professionale, l'abitudine allo studio severo dei libri e dei giornali è uno dei pochi correttivi contro la *senilità clinica*, che precocemente sorprende il medico pratico.

Per il carattere intrinseco della professione, l'arte medica si esercita nell'isolamento; il medico è centro a sè stesso, maestro di sè. Di contro alle insidie che la natura gli tende di continuo, con la frequenza degli ectipi, assai superiore a quella dei tipi, con la molteplicità e varietà dei fenomeni, che in uomini diversi derivano da una causa unica, ha bisogno di essere premunito continuamente contro le seduzioni dell'errore. Quando alla propria opera egli non trovi il contrasto di opinioni o il controllo dei reperti anatomici, oppure non segua almeno l'attrito delle società mediche, soltanto con una meditata lettura può riparare alla fatalità, per cui la sua esperienza quotidiana diviene affastellamento di fatti isolati. Se non ha una mente critica superiore, smarrisce allora il senso della correlazione dei fenomeni con le cause e con le alterazioni degli organi. Egli è come soggiogato dalle impressioni immediate, spesso strane e talvolta sbalorditive, e cade nel bruto empirismo che è l'espressione abituale della senescenza. I libri lo salvano. Invero il medico può esercitare a lungo la professione senza studiare, ma non meraviglia come egli allora la eserciti malamente.

La biblioteca giova altrimenti al medico pratico. I libri interessano, oltre che in causa del loro contenuto tecnico, anche in causa del loro autore. I libri degli autori di nota probità scientifica e di alta levatura morale riescono a noi preziosi in ogni riga, anche se non contengono molto di originale o di nuovo: esercitano una virtù moralizzatrice. Quando il medico inizia la sua carriera, manca spesso del *sentimento professionale*. Se egli, traviato da sordidi fini, corre subito dietro il guadagno, rimane al livello di un qualunque mestierante. Il medico invece che, liberatosi dalle noie degli esami, imprende a leggere i maestri della medicina, si trasforma. Nella storia di nessun'altra professione si trova forse un così grande numero di uomini che hanno combinato preminenza intellettuale e nobiltà di carattere. Alla lettura dei classici il giovane medico sente un piacere che non conosceva, un'attrazione che lo affascina, e a contatto delle loro opere poderose sviluppa e completa la sua personalità. Questa più alta educazione non può venir data abbastanza nella scuola, non si trova sul mercato di piazza, si forma in ognuno di noi per se stessa: è la silenziosa influenza del carattere sul carattere. La storia della nostra scienza ci eleva e ci rende migliori. Tali specifici benefici dei libri per il medico, riusciranno tanto più intensi quanto prima egli ha cominciato a leggerli. È notoria la similitudine, la quale deriva dalla difficoltà di saper capire e utilizzare i libri: il lettore comincia con la funzione di spugna, la quale emette immutato il liquido assorbito; soltanto dopo lungo tirocinio acquista l'attitudine del setaccio, che scerne il bello e l'utile dal superfluo o dal dannoso. Così il giovane medico nella biblioteca si arricchisce di cognizioni, acquista la facoltà di distinguere e di giudicare, si forma la dignità della vita; virtù tutte che meglio lo agguerriscono nelle difficoltà che lo aspettano nella vita professionale.

I nostri migliori hanno avuto tutti biblioteche ricche e bene ordinate. I mezzi economici dei singoli, oggi restano del tutto inadeguati a fornire una suppellettile bibliografica nemmeno approssimativamente bastevole a seguire il movimento scientifico contemporaneo. Le grandi biblioteche, che provvedono alla cultura generale, sono venute a mano a mano rafforzandosi con biblioteche specializzate, le quali soltanto possono essere indirizzate con i criteri tecnici della materia. Lo studioso, nella biblioteca speciale, si trova a suo agio, tra i libri che gli sono famigliari, quasi in una biblioteca sua propria.

Chi cominci a frequentare la biblioteca fin da studente, ed entri in rapporti spirituali con i grandi maestri, e veda svolgersi sotto gli occhi,

traverso i giornali, il progresso delle mediche discipline e le vie diverse per cui il mondo scientifico cammina, s'appassiona allo studio e alla scienza, abbozza la sua fisionomia. S'egli ha, dentro l'anima, delle virtù propulsive, acquista una forza che si svolgerà in seguito per conferirgli la personalità sua propria.

Con la coordinazione di forze che la biblioteca da noi oggi inaugurata possiede, e che s'accresceranno largamente e necessariamente con gli anni, noi plasmeremo la professione medica in uno stato più alto e migliore.

Ma prima ch'io termini questo discorso già lungo, permettetemi ch'io consideri il sorgere della nuova biblioteca medica non soltanto in rapporto alle condizioni generiche della professione e delle scienze mediche e specificatamente alla sede di Roma, ma in rapporto al momento storico che le scienze sperimentali, di cui la medicina è nel contempo espressione e sintesi, traversano.

Esse si trovano forse ad uno svolto importante nella loro storia. Gli uomini maturi di oggi sono sorti alla vita scientifica nell'epoca della sperimentazione, e hanno seguito e favorito ogni genere di analisi e di ricerche. I nostri maestri si preoccupavano di iniziarci alla tecnica precisa degli esperimenti: davano in mano ai giovani per prima ed unica cosa gli strumenti del lavoro e la tecnica dell'analisi. I giovani, presi dalla seduzione del nuovo, dall'ambizione legittima di creare qualcosa, impiegavano tempo ed energia negli esperimenti. La ricchezza dei fatti messi in luce, la determinatezza del pensiero, sempre più vicino e aderente alle cose, è il premio di tanta attività. Ma la messe raccolta è ben povera cosa di fronte allo sforzo di tutte le energie di un numero di ricercatori che oggi è nel mondo intero grandissimo. Noi ogni giorno dobbiamo procedere alla revisione dei nuovi veri, per constatare se proprio in essi sia contenuta tutta o soltanto una parte della verità.

Pensiamo alla storia della tubercolosi. Dopo che Villemin ne dimostrò la trasmissibilità e Koch ne identificò la causa nel bacillo specifico, non solo tutto parve noto, ma parve inutile e falso ciarpame tutto il cumulo di esperienza che s'era fatto intorno alla tisi. Oggi noi non siamo agli antipodi del pensiero di 30-40 anni fa, perchè i fatti accertati e sicuri restano sempre pietre miliari indistruttibili sulla via del progresso, ma guardiamo con senso di meraviglia e quasi di pena alla facilità con cui, in epoca a noi prossima, i nostri predecessori si accontentavano di elementi così superficiali. La tisi, pur vista traverso il bacillo di Koch, ci appare come assai complessa nelle ragioni del suo attecchimento, nella genesi delle sue localizzazioni, nell'evoluzione dell'individuo, nei rapporti sociali, tanto che la conoscenza del germe, nel problema complesso della tubercolosi, può apparire oggi un elemento d'importanza, sarei tentato a dire, microscopica.

Se da molte parti si deplora che oggi difettino le menti vaste e robuste che hanno fatto l'orgoglio di altri tempi, quanto sarà imputabile all'indirizzo eccessivamente tecnico e sperimentale? Se avessimo ben meditato il vecchio adagio *experimentum periculosum, judicium difficile*, avremmo riconosciuto che la via dell'esperimento non doveva essere aperta alle menti ingenue ed incolte dei giovani; ma affidata alle mani di uomini, istruiti di quanto s'era fatto avanti ad essi, educati alla severità dell'osservazione, coscienti della difficoltà e della fallacia del concludere. L'esperimento, bene predisposto, condotto con tecnica precisa, giudicato con spirito critico, adunque l'esperimento utile e decisivo, non può appartenere che alla mente approfondita negli studi e maturata dalla meditazione.

È indubbio che, anche traverso l'educazione sperimentale, si sono formate menti larghe e poderose, ed è soprattutto interessante che talvolta i giovani hanno mostrato genialità di iniziative, originalità di vedute che dalle menti colte spesso non rampollano; ma qui si tratta del migliore indirizzo degli studi, e non della potenzialità del genio umano. Chi oserebbe affermare che, se codeste forze eccezionali fossero state altrimenti indirizzate, non avrebbero portato a risultati anche migliori?

Mi domando pertanto se non sarebbe più proficuo formare nei giovani la mente alla conoscenza più vasta e più ponderata dei fatti noti, invece di lanciarli, ignari, alla ricerca dell'ignoto. Se m'auguro che i giovani comincino a formarsi la mente e a educare lo spirito nei buoni trattati e sulle sacre carte della storia dell'arte nostra, non intendo deprezzare il metodo sperimentale: intendo soltanto che l'esperimento non sia trastullo di ragazzi, ma cimento di uomini consapevoli. Il sussidio dei libri è preliminare alla tecnica delle ricerche: la precisione d'indagine, soltanto se guidata da spirito critico, fa lo sperimentatore.

* * *

La preparazione culturale nella scienza moderna deve riprendere il posto e il prestigio che aveva perduto. Se i giovani cominceranno presto a studiare i nostri classici della medicina, irrobustiranno con quel nutrimento il loro pensiero e acquisteranno quella forza di ragionamento e quella osservazione spontanea e spregiudicata che caratterizzano la medicina italiana.

Noi vorremo nella nostra biblioteca destinare uno scaffale agli spiriti magni della patria per le scienze biologiche e mediche, per ricostituire la buona tradizione nostrana.

Da Morgagni, l'iniziatore della moderna medicina, deriviamo la esatta osservazione dei fenomeni morbosi e il controllo dei sintomi delle malattie nel reperto anatomico. Lo sguardo acuto di Francesco Torti s'approfondiva nell'intimo dei fenomeni e giungeva spesso al di là di dove ci permettono arrivare oggi i più fini mezzi d'indagine: quelle che sembrano felici intuizioni rappresentano la sintesi dei fatti esaltata nella meditazione. Ra-

mazzini dimostrò le finalità sociali della medicina clinica. La buona sperimentazione è nata fra noi e ha costituito la tradizione scientifica cui tutto il mondo s'è inspirato, da Galilei a Spallanzani, a Volta, a Galvani.

Nel grande mare della tradizione italiana la biblioteca dovrà inalveare i torrenti della scienza straniera, che vi addurranno altre preziose correnti di idee e di fatti, capaci di alimentarne e accrescerne le acque, senza alterarne le proprietà caratteristiche.

Osservazione dei malati, esperimento e cultura, sono le fonti pure e inesauribili del progresso scientifico in medicina. Da ciascuna di tali fonti, a volta a volta, trae origine lo stimolo che detterà l'idea germinatrice di nuove scoperte, ma ciascuna di tali fonti dovrà necessariamente fecondare lo sviluppo ulteriore dell'idea iniziale, perchè la dimostrazione e la conclusione raggiungano la limpidità e la purezza che caratterizzano le cose vere.

In questo Policlinico, tra gli istituti clinici che si sono venuti sviluppando e organizzando per la migliore assistenza ai malati e per le più esatte analisi che all'infermo conferiscono giovamento; tra gli istituti biologici che, sia pure lentamente, sorgono intorno a fargli corona, la biblioteca medica, che noi oggi inauguriamo, sarà uno strumento di progresso non meno meraviglioso che il laboratorio e la corsia. Essa, la biblioteca medica, diverrà il centro di attrazione e di movimento. Qui prenderanno consistenza i progetti di nuove ricerche che, tramutandosi in dati concreti nei laboratorî clinici e biologici, apriranno le vie dell'avvenire.

In questo vivo diuturno scambio di rapporti tra corsie, laboratorî e biblioteca vedevano certamente Baccelli e Durante la ragione d'essere di questo Policlinico.

Per felice concorrenza di eventi noi possiamo oggi dare corpo all'idea dei nostri Maestri, con la fiducia che gli strumenti del progresso qui raccolti e coordinati destino la passione allo studio, all'esperimento, alla critica, nei giovani, nelle attitudini e nell'operosità dei quali noi coltiviamo le forze della Patria e il progresso della Scienza.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 6 febbraio 1925.

Presidenza: prof. F. ALFIERI, presidente.

Sull'anatomia patologica dell'avvelenamento cronico da solfuro di carbonio.

Dott. P. REDAELLI. — L'O. descrive un caso di intossicazione da solfuro di carbonio, mettendo in rilievo le alterazioni a carico dello stomaco e del rene che presentano rispettivamente un quadro di gastrite subacuta emorragica e di nefrite parenchimatosa. Egli porta così un contributo allo studio anatomo-patologico dell'intossicazione, studio ancora oggi assai incompleto. Illustra nel contempo anche i dati anamnestici, clinici, differenziali e sperimentali.

Osservazioni sperimentali sull'avvelenamento da solfuro di carbonio.

M. AREZZI, laureando. — L'O. in una nota preventiva riferisce una serie di ricerche sperimentali per mettere in rilievo le basi anatomiche dell'avvelenamento da solfuro di carbonio, ancora oggi non bene conosciute. Il tossico venne somministrato per via inalatoria e per via gastrica, esso ha determinato nel primo caso fatti degenerativi in quasi tutti gli organi parenchimatosi; nel secondo caso una lesione imponente a carico della mucosa gastrica e processi regressivi prevalenti al rene. Lo studio sarà presto completato e reso noto in forma definitiva.

Su un caso di colecistite calcolosa con raro reperto radiologico.

Dott. R. GRIGNANI. — L'O. riferisce un caso di colecistite calcolosa che ha presentato delle difficoltà diagnostiche e che ha dato un reperto radiologico raro.

Trattavasi di una donna di 53 anni con disturbi prevalenti a carico delle vie urinarie, ed in cui la radiografia aveva dato un'ombra rotondeggiante del diametro di 2 cm. e ½, uniforme ed intensa, sita nella posizione juxtavertebrale. Fu solo con ripetute indagini cliniche e radiologiche che si è potuto stabilire la sede biliare del calcolo. Operata dal prof. Morone di colecistectomia, nella cistifellea fu trovato un calcolo unico del peso di 12 gr.

L'O. parla della frequenza dei reperti radiologici positivi, che se non è quella riferita dai radiologi americani (80-90 % di reperti positivi) è più elevata di quanto prima si credeva; afferma la necessità dell'indagine radiologica nei sospetti di litiasi biliare, non solo per l'eventuale positività dei reperti radiografici, ma anche per lo studio dei segni parabiliari che, se valutati con criteri clinici, possono facilitare la diagnosi.

Di un intervento operativo in gravidanza per setto trasversale congenito della vagina.

Dott. A. NAVA. — L'O. riferisce di un caso, operato per setto trasversale congenito della vagina, setto che ricostituitosi dopo un primo parto, nel quale fu causa di distocia, ha permesso l'iniziarsi di una nuova gravidanza. In base alla esperienza conclude:

1) Che in ogni caso analogamente a quanto ormai si è per unanime consenso stabilito nell'assistenza al parto in viziature pelviche di modico grado può riuscire utile e prudente di considerare il primo parto come parto di prova nel quale alla vigile attesa non debba andar disgiunta la eventualità di atti operativi anche gravi richiesti dalle particolari contingenze del suo decorso.

2) Che qualora nel primo parto si sia dovuto comunque intervenire e poi coll'involuzione fisiologica successiva dell'apparato genitale il setto sia venuto a ricostituirsi si presenta evidente l'opportunità, in caso di nuova gravidanza, di un intervento di plastica vaginale già nei primi tempi della gravidanza stessa.

Seduta del 13 marzo 1925.

Presidenza: prof. E. ALFIERI, presidente.

Frenicotomia nella tubercolosi polmonare.

F. RICCI e A. MILANI. — Gli OO. presentano 9 casi di frenicotomie in ammalati di tubercolosi polmonare in cui la presenza di sinfisi pleurica completa aveva reso impossibile l'applicazione del pneumotorace. Confermano l'utilità di questo nuovo mezzo di terapia polmonare e sopratutto dimostrano alla luce di reperti radiografici la possibilità, malgrado la presenza di sinfisi pleurica, di riduzione di caverne anche dell'apice polmonare.

Sopra un caso di cosidetta gotta calcica.

G. BIGNAMI. — L'O. premette che dei pochi casi, finora comparsi nella letteratura medica, di gotta calcica, nessuno ha presentato quadro così imponente e completo come quello che egli ha avuto modo di osservare, nè ha offerto la possibilità, a differenza del caso in parola, di portare un po' di luce sulla oscura patogenesi di questo processo morboso.

L'osservazione riguarda un giovane ventiquattrenne di alta statura, non luetico, in cui alla comparsa silente di una tumefazione delle ghiandole salivari, di tale specie da fare pensare ad un morbo di Mikulicz, seguì in modo subdolo quello di una lesione renale con caratteri di glomerulonefrite cronica, accompagnata da profondo decadimento fisico, e poscia quella di dolori reumatoidi a quasi tutte le articolazioni degli arti, ed infine l'insorgenza di tumefazioni, che biopsia e reperti radiografici dimostrarono essere dovute a deposizioni calciche dure, dolorose, irregolari e persistenti, alle articolazioni degli arti superiori.

L'O. accenna quindi alla rapida e profonda atrofia muscolare che il suo infermo in seguito ha presentato, unitamente al diffondersi in modo uniforme delle deposizioni calciche a tutto il sistema arterioso, alla dimostrazione radiografica di sfondamento della parete posteriore della sella turcica, ed alla comparsa di indubbi segni clinici di lesione ipofisaria.

L'O., fondandosi sul fatto che l'ipofisi, bensì insieme ad altre ghiandole a secrezione interna, ma certo in modo prevalente su queste presiede al ricambio del calcio, avanza l'ipotesi che l'oscuro quadro descritto si debba ritenere nel suo complesso determinato da profonde alterazioni della sfera endocrina, dell'ipofisi in ispecie; ed inoltre che trovandosi nel maggior numero dei casi analoghi descritti dai vari autori, accenni a fatti che da lesioni del sistema endocrino ed in particolare dell'ipofisi oggi si debbono ritenere determinati, verosimilmente in esse appunto debba risiedere uno dei fattori patogenetici più importanti della cosidetta gotta calcica.

Dott. FRANCESCO RICCI.

Seduta della Sezione Romana della Società Italiana di Pediatria.

Domenica 29 marzo 1925, nell'aula della R. Clinica Pediatrica della Università, si è adunata la Sezione Romana della Società italiana di Pediatria, sotto la presidenza del prof. G. CARONIA, e con l'intervento di numerosi soci e del prof. O. COZZOLINO, direttore della Clinica pediatrica di Parma.

Furono fatte interessanti comunicazioni dal prof. FLAMINI *sulla etiopatogenesi degli eczemi dei lattanti;* dal prof. SORGENTE *su di un caso di intossicazione alcoolica in un lattante di nove mesi;* dalla prof. SINDONI *sulla profilassi del morbillo;* dal dott. TROILI *sulla profilassi della scarlattina;* dal prof. DE VILLA *sulla etiopatogenesi della anemia splenica infantile;* dal dott. CATTERUCCIA *sulle sindromi da siero;* dal dott. CASTANA e SABATINI *sul Cloroma;* dal prof. RONCHI *sulla sepsi dei lattanti;* dal dott. ROCCA *sul pilorospasmo.*

L'assemblea si interessò con elevate discussioni sulle varie comunicazioni, ma particolarmente su quella della prof. SINDONI riguardante la profilassi immunitaria del morbillo, che dimostra come oggi si possa prevenire per mezzo del vaccino preparato col germe di Caronia; su quella del dott. TROILI che pure ha dimostrato la sicura efficacia della vaccinoprofilassi della scarlattina; su quella del prof. RONCHI che mostra come la concezione del pediatra italiano DI CRISTINA sulla patogenesi dei disturbi della nutrizione dei lattanti, porti su di una nuova via di studio di questo interessante ed ancora oscuro capitolo della patologia infantile e che ha sì larghe ripercussioni sociali. G.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Contributo alla casistica dei danni da medicinali.

Se ne occupa J. Jadassohn (*Med. Klinik*, n. 10, 1925). Una delle complicazioni che possono seguire all'ingestione di alcuni medicinali, sono gli esantemi medicinali fissi. Questi esantemi sono caratterizzati dal fatto che essi si manifestano sempre nella stessa regione cutanea, talvolta dopo la prima somministrazione del medicinale, altre volte dopo uso prolungato di esso. Le regioni in cui si localizzano questi esantemi sembrano del tutto normali e nè per struttura anatomica nè per le particolarità funzionali nè per malattie precedenti si distinguono dal rimanente della cute. Analoghe a questi esantemi fissi sono delle alterazioni che in seguito all'uso di determinati medicinali compaiono all'infuori della pelle, localizzati ad un determinato organo, ad un determinato tessuto od a determinate regioni di tessuto.

L'autore chiama « azioni secondarie fisse extracutanee » quelle azioni secondarie di medicinali, che spesso seguono alla somministrazione di essi e interessano una o più regioni circoscritte di un organo o di un sistema di organi senza che si possa dimostrare alcuna particolarità anatomica o funzionale nè alterazione patologica delle regioni interessate. Così l'autore osservò in una donna sifilitica, oltre ad esantemi febbrili scarlattiniformi dopo iniezioni di salvarsan ed oltre a fenomeni vasomotorii una azione speciale dei preparati mercuriali. Anzitutto forte reazione cutanea in forma di dermatite all'applicazione di pomata mercuriale, reazione che si potè far scomparire (desensibilizzazione) con iniezioni sottocutanee di mercurio. Osservò inoltre poche ore dopo l'iniezione di novasurol la comparsa di vivi dolori alla metà destra del faringe e ad una determinata regione dei muscoli del braccio. Ripetute iniezioni vennero sempre seguite dallo stesso complesso sintomatico che si deve quindi considerare un'azione secondaria fissa extracutanea del mercurio. In un altro caso la somministrazione di preparati bismutici ad un uomo determinava ogni volta dei vivi accessi dolorosi in tutto il territorio di distribuzione del nervo frontale destro. POLL.

Eruzioni medicamentose.

Il numero delle eruzioni medicamentose è evidentemente aumentato dopo l'introduzione dei nuovi medicamenti ed è bene che il medico pratico tenga presente la possibilità di tali manifestazioni per poter spiegare certe dermatosi dall'aspetto insolito. E' sempre bene, davanti ad un individuo con una eruzione cutanea informarsi se e quali medicine ha preso per bocca od ha applicato localmente. Sono note le follicoliti e l'acne che si hanno dopo la ingestione di ioduri o bromuri e che possono essere confuse con l'acne giovanile; l'eruzione da bromuri si presta alla confusione con la tubercolosi verrucosa o la blastomicosi. Difficile è talvolta la diagnosi di eruzioni scarlattiniformi o morbilliformi e non è improbabile che alcune fra le pretese recidive di tali malattie siano talvolta da attribuirsi a medicamenti. Sono anche da menzionare certe porpore da joduri, le eruzioni erpetiche e le cheratosi da arsenico, le manifestazioni di orticaria, pigmentazione, prurito che si associano a molti medicamenti.

Fra le più comuni eruzioni citate da C. Guy Lane (*The Boston medical and surgical Journal*, v. 190, n. 21) sono le seguenti:

Fenolftaleina. L'eruzione si sviluppa 24 ore dopo l'ingestione od anche più tardi; gli individui bruni sembrano i più suscettibili. L'eruzione consiste in placche policromatiche, di colore variabile dal rosa chiaro al porpora scuro, di forma e grandezza varia, che lasciano a lungo, anche per anni, una pigmentazione. Le lesioni sono leggermente squamose e si riattivano ad ogni nuova ingestione del medicamento; in qualche caso, si hanno vescicole od ulceri superficiali sulle mucose orale o genitale. Vi sono poi casi di orticaria cronica o di erpete nasale. Questo rimedio è largamente usato e forma la parte essenziale di molti lassativi.

Arsenico. Determina cheratosi, epiteliomi, pigmentazioni e condizioni ipercheratosiche delle palme delle mani e delle piante dei piedi. Tali fenomeni possono aversi anche parecchi anni dopo la sua somministrazione, sicchè si deve andar cauti nel prolungarne la somministrazione, specialmente perchè si tratta sempre di malattie ad andamento cronico (corea, anemia, psoriasi, eczema). Si avrà quindi cura di prescriverlo intermittentemente e solo per i periodi nei quali è necessario.

I nuovi rimedi arsenicali — arsenobenzoli, cacodilati — possono pure provocare disturbi cutanei, alcuni dei quali gravi. Nel tipo acuto, che si ha poche ore oppure 1-2 giorni dopo l'iniezione, si hanno forme di eritema o di orticaria che non durano a lungo, ma che tendono a ripetersi ad ogni iniezione sempre nello stesso punto. Il tipo cronico compare dopo 4-5 iniezioni od an-

che dopo settimane o mesi. Si manifesta, di solito, alla superficie estensoria degli arti in forma di macchie o di eruzione papulo-maculare, che può diffondersi a tutto il corpo con intensa e generale esfoliazione. Vi sono tutte le forme di passaggio dall'eritema lieve asintomatico ai casi gneralizzati con febbre, diarrea, e, talvolta, esito fatale. Si hanno anche lesioni erpetiche, zosteriformi, lichenoidi. Nel trattamento sembra dia buoni risultati l'iposolfito di sodio per via endovenosa (g. 0.3-1 al giorno) ed orale.

Derivati del gruppo barbiturico (medinal, luminal, ecc.). Danno eruzioni morbilliformi di colore rosso chiaro.

Nuovi preparati bromurati (adalina, bromural, ecc.). Sono menzionati casi di prurito, orticaria, acne, eczema pustuloso; sembrano più affetti gli individui anziani, anzichè i giovani.

Il cincofene ha provocato eruzioni scarlattiniformi od erisipelatose ed anche forme di orticaria e di erpete. I nuovi preparati del gruppo dell'antipirina (piramidone) possono dare placche ed eruzioni analoghe a quelle dell'antipirina. L'acido acetilsalicilico può dare urticaria, gonfiore della faccia, associato con malessere generale. *fil.*

Intossicazione da veronal.

E P. Scott (*Lancet*, 28 marzo 1925) riporta il caso di una donna di 62 anni, visitata in stato comatoso, che presentava leggera cianosi, respiro stertoroso, polso a 90, ritmico, con tensione elevata (200-220), lieve ipertrofia cardiaca, pupille midriatiche non reagenti alla luce; assente il riflesso corneale ed il patellare, non clono, Babinski da un lato.

La diagnosi, tenuto conto che non si conoscevano gli antecedenti anamnestici, poteva farsi fra emorragia cerebrale, tumore cerebale, coma diabetico od uremico, intossicazione da medicamenti. Dall'esame dell'urine, risultò peso specifico di 1026, albumina, urea 25 0/00, presenza di acetone e di pochi cilindri ialini. Dopo un abbondante salasso, lo stato comatoso andò migliorando, i riflessi ritornarono gradatamente e così pure i movimenti degli arti.

Dopo 36 ore, si sviluppò oftalmoplegia con emorragie in entrambi gli occhi; pupille leggermente midriatiche, con reflessi tardi, papillite, edema della papilla più rilevante a destra. Mancava vomito ed ogni altro sintomo che facesse sospettare un tumore cerebrale. Le condizioni andarono poi migliorando fino alla guarigione.

Dal complesso, si poteva ritenere trattarsi di intossicazione da parte di qualche medicamento che, in conseguenza delle condizioni poco buone dell'apparecchio cardiorenale, aveva esercitato una influenza notevole sul sistema nervoso. L'oftalmoplegia nucleare è citata come uno dei sintomi concomitanti della intossicazione da veronal. Fra gli oggetti della paziente, si trovarono di fatto alquante polverine di veronal; essa stessa, ritornata in condizioni normali, confessò di aver preso contro l'insonnia, la sera precedente i suoi disturbi, due di dette polverine, complessivamente 12 centigrammi. *fil.*

Paralisi dell'oculo-motore esterno da rachianestesia.

Fra gli accidenti consecutivi alla rachianestesia ovvero alla semplice puntura lombare è da annoverarsi con una certa frequenza la paralisi o paresi del VI paio. Ai casi descritti dal nostro Santanastasio, M. Marquez (*La Medicina Ibera*, n. 384, 1925) aggiunge due osservazioni personali riguardanti due p. in uno dei quali la paralisi dell'obliquo superiore destro era stata consecutiva a puntura lombare diagnostica e nell'altro la paralisi del retto esterno sinistro era sopravvenuta dopo una rachianestesia. Le diplopie, o, ciò che è lo stesso, le paralisi di cui non sono che sintomi, od anche gli spasmi, sono come postumi relativamente frequenti anche senza tener conto dei casi non resi noti. Il meccanismo che ad essi dà luogo può essere differente in quanto non è necessaria la presenza nel cavo rachideo di un anestesico: è opportuno pensare più a modificazioni della pressione del liquido cefalo rachidiano e delle condizioni circolatorie (congestioni, emorragie ex vacuo nei nuclei di origine dei nervi oculo motori, più specialmente del VI per situazione superficiale in corrispondenza del pavimento del quarto ventricolo).

Nei 63 casi riportati da Santanastasio, in 61 casi la paralisi interessava il VI, in due il III paio. Per lo più, a parte le modificazioni provocate dalla puntura lombare per sè, modificazioni evitabili migliorando la tecnica della decompressione, le manifestazioni in discorso debbono riferirsi all'azione della sostanza iniettata: successivamente è stata incolpata la osmonocività per ipertonia od ipotonia delle soluzioni ovvero l'azione irritante con produzione di una meningite asettica, ovvero una non completa asepsi nella puntura. Altri hanno trovato una eventuale azione sulla sostanza nervosa stessa, midollare, od encefalica, o sulle radici; altri ancora disturbi vasomotori, ecc.

Tra gli accidenti consecutivi alla rachianestesia (morte, paralisi vescicali, ecc.) la paralisi del VI si nota per la sua benignità: è questo un nervo « preferito » da ogni genere di lesioni mediche o chirurgiche, perciò si spiega la frequenza delle sue alterazioni: il nucleo superficialmente situato nel pavimento del IV ventricolo, in vicinanza immediata della pia madre e del liquido cefalo rachidiano, quindi con agenti tossici od infettivi, il suo lungo tragitto alla base del cra-

nio i suoi rapporti anatomici con il seno cavernoso e con l'orbita, mostrano a sufficienza il perchè della « preferenza ». MONTELEONE.

Azione dannosa sul neonato della narcosi materna durante il parto.

Hein Küstner (*Gazz. degli Osped. e Clin.* 1924, n. 39), già aveva dimostrato, in via sperimentale, che la narcosi somministrata alla madre si diffondeva nel circolo del feto con tale rapidità che se questo, estratto con il taglio cesareo, non veniva rianimato, moriva poco tempo dopo. Se la nascita di un bambino avviene per via estrapelvica mediante anestesia lombare, il neonato si comporta come nella nascita *per vias naturales*, senza narcosi: appena alla luce emette forti grida, è di colorito roseo e non assume un aspetto cianotico, e da ultimo asfittico, come avviene nei fanciulli estratti con taglio cesareo in narcosi generale, nel qual caso al narcotico, senza esitazione, va attribuita la paralisi dei centri respiratori. Vi sono poi rari casi nei quali la narcosi della madre provoca, in parto *per vias naturales*, un'asfissia da narcosi del neonato. Il narcotico può agire sul centro respiratorio paralizzandolo o direttamente, o indirettamente: nel primo caso la sensibilità del centro all'azione dell'anidride carbonica viene diminuita, come nell'asfissia degli adulti per dose eccessiva di narcotico; nel secondo caso si avrebbe una paresi delle funzioni cerebrali per cui gli stimoli esterni non vengono percepiti dal neonato, e non possono agire approfondendo il respiro, per una interruzione, cioè, della conduzione nervosa sensitiva dalla superficie del corpo ai centri cerebrali. L'organismo infantile è, però, molto più suscettibile dell'adulto ai narcotici, e in questi casi, secondo l'A., si avrebbe dapprima una vera paralisi del centro respiratorio. Il concetto di apnea dovrebbe comprendere solo i primi istanti di assenza respiratoria susseguenti alla nascita: più tardi si deve parlare sempre di asfissia, provocata o da interruzione della penetrazione di ossigeno, o da accumulo conseguente di anidride carbonica nel sangue, o da narcosi materna. PICCINELLI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Patogenesi dei punti dolorosi di Valleix. — All'abb. n. 1570:

La patogenesi del dolore provocato dalla pressione dei punti indicata dal Valleix lungo il tragitto del nervo, dal quale prende il nome la nevralgia, non è chiara. Se si trattasse di un'eccitazione meccanica diretta delle fibre costituenti il nervo, si dovrebbe avere una sensazione diffusa a tutto il territorio del ramo nervoso sottoposto alla pressione, analogamente a quanto avviene allorchè si sottopongono a lunga pressione o a colpi diretti (gomito, natiche) alcuni tronchi nervosi.

È più verosimile che il fenomeno si riallacci alla teoria di Head. In tutte le parti del corpo, e quindi anche nei tronchi nervosi, esistono fibre simpatiche che penetrano nel midollo con le radici posteriori e risalendo lungo i cordoni posteriori raggiungono i centri sensitivi. Quando tali fibre sono in uno stato di maggiore eccitabilità per una qualche lesione o vengono comunque irritate, si mettono in uno stato di eretismo funzionale, che si traduce con un dolore rapportato alla periferia precisamente nel punto irritato o in altro determinato. G. DRAGOTTI.

VARIA.

Giuseppe Mazzini precursore dell'orientamento professionale.

L'indirizzo scientifico tendente ad una scelta razionale dei mestieri e delle professioni che da non molti anni è stato propagato da oltre Oceano sotto il nome di « orientamento professionale », di « psicotecnica », ecc., non solo era praticamente applicato in Italia nel periodo aureo delle arti e dei mestieri fiorito fra le *botteghe* del Rinascimento (come dimostrai in una mia pubblicazione su l'argomento) ma ebbe in Giuseppe Mazzini un grande precursore.

Difficilmente si potrebbe impostare il problema delle attitudini in termini più esatti e più rigorosamente scientifici di quelli usati dall'apostolo dell'Unità italiana in una lettera indirizzata in data 11 novembre 1865 al suo amico Guglielmo Malleson a Londra (pubblicata dal King).

Mi piace portare a conoscenza dei lettori il suo contenuto:

« Dissi che vi avrei scritto a proposito dell'educazione di vostro figlio. Vedo che non posso. Bisognerebbe che conoscessi lui, le sue tendenze, le sue attitudini, quello che ha già appreso. Il dare regole generali è nulla. Egli potrebbe aver bisogno di regole speciali.

Ho accennato alle sue tendenze. Di ciò dovete sopratutto occuparvi. Ogni uomo è uno *specialista*, capace di qualche determinata cosa. Dovete sforzarvi di scoprire quella tendenza *speciale* e poi informare a quella la sua educazione.

Dopo un insegnamento generale, di quei rami che sono buoni per ogni uomo, indirizzate i suoi studi allo svolgimento di quella tendenza speciale che avrete scoperta.

Educare vuol dire cavar fuori, *educere* quello che è nel ragazzo, non vuol dire creare in lui quello che non c'è.

Creare voi non potete! ». MARIA DIEZ GASCA.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXVI. — Efficacia dell'obbligo assunto dal Comune per la seconda indennità caroviveri.

L'art. 32 del capitolato approvato dalla G. P. A. di Roma, in sostituzione del Comune di Arcinazzo Romano, dispone così: « al sanitario condotto, in pianta stabile, sono dovute le indennità caroviveri concesse agli impiegati dello Stato ».

Questa disposizione è conforme a quella del corrispondente articolo del capitolato-tipo approvato dalla stessa G. P. A.

Il Comune di Arcinazzo contestò il diritto del medico condotto dott. Felli Arcangelo alla seconda indennità caro-viveri.

Da ciò il giudizio del quale demmo già notizia. Il Tribunale di Roma accolse la domanda e condannò il Comune a pagare le rate arretrate della seconda indennità dal 3 giugno 1920, cioè dalla data in cui entrò in vigore per gli impiegati dello Stato il relativo decreto 3 giugno 1920, n. 737, perchè, a norma dell'art. 31 del capitolato, il trattamento economico aveva effetto retroattivo al 1° aprile 1920.

Il Comune produsse appello contro la sentenza del Tribunale per vari motivi: *a*) perchè la G. P. A. non poteva attribuire, con provvedimento emanato di ufficio, la seconda indennità caroviveri, che non era obbligatoria; *b*) perchè l'art. 32 del capitolato, correttamente interpretato, secondo la prassi amministrativa e in conformità delle delucidazioni della stessa Giunta, si riferisce alla prima e non alla seconda indennità, la quale non era stata ancora stabilita per gli impiegati dello Stato alla data 1° aprile 1920, dalla quale incominciò ad avere efficacia il capitolato; *c*) perchè il vincolo era giuridicamente invalido, ecc.

La Corte di Appello di Roma, sez. II, con sentenza 18-31 marzo 1925, accogliendo pienamente le deduzioni del dott. Felli ha respinto l'appello ed ha condannato il Comune alle maggiori spese del giudizio.

Trattandosi di una questione di massima concernente la efficacia del vincolo giuridico costituito dai Comuni o, per essi, dalla G. P. A. in sede di sostituzione, pubblichiamo le parti utili della sentenza della Corte di Appello.

Il Comune deduceva, dunque, preliminarmente che la G. P. A. di Roma aveva interpretato il capitolato nel senso che la seconda indennità non fosse dovuta. Ma di questo opinamento, al quale pretendeva di attribuire la efficacia di... « interpretazione autentica », il Comune non dava la prova.

« Tale prova, tuttavia, — soggiunge la sentenza — sarebbe inutile, a giudizio della Corte, perchè a niuna conseguenza giuridica potrebbe menare il fatto di avere la G. P. A. interpretato in un senso, piuttosto che in un altro, il capitolato; *le cui disposizioni, nel loro testo ben chiaro, non potrebbero mai essere modificate per via di postume interpretazioni*. Male a proposito, qui si invoca la efficacia vincolatrice di una pretesa interpretazione *autentica;* come appunto vorrebbesi dal patrocinio dell'appellante definire l'interpretazione che per avventura la Giunta avesse dato al capitolato da lei stessa emanato. *In contrario, giova osservare che simili capitolati hanno carattere di convenzioni di diritto pubblico, ed una volta emanati ed approvati, nelle forme prescritte, e divenuti esecutivi, non possono essere annullati o modificati se non per via di nuova convenzione, e sempre nei modi di legge. La manifestazione di volontà vincolante è, quindi, quella che risulta dall'atto, nel quale è stata consacrata la volontà dell'ente e dell'organo amministrativo, e dal quale soltanto perciò potrà attingersi la esatta interpretazione delle singole disposizioni*.

« Nella specie non si contesta la piena validità del capitolato approvato dalla G. P. A. il 17 maggio 1921 per disciplinare, con un complesso di norme, tra loro coordinate, il rapporto di impiego tra il Comune di Arcinazzo ed il medico condotto. Contro il provvedimento della Giunta che, sostituendosi al Comune — per la necessità di regolare il servizio sanitario del paese — gli impose il capitolato non fu prodotto ricorso, sicchè quello divenne pienamente efficace, e costituì legittima fonte di diritti e di doveri per il sanitario assunto in pianta stabile.

« Ora, basta leggere la disposizione di cui all'art. 32 del capitolato, e tener presente che, *alla data della sua approvazione* non una sola ma *due indennità* di caro-viveri *erano state concesse* agli impiegati dello Stato, per dovere, senza possibilità di dubbio, ritenere che anche al sanitario comunale *eguale beneficio* si volle concedere.

« Se così non fosse, non avrebbe senso *il plurale* usato dall'art. 32. Il dubbio sarebbe forse giustificabile ove si fosse ivi parlato di indennità di caro-viveri, *al singolare*. Perocchè in tal caso, ove cioè si fosse detto: « al sanitario è dovuta *la indennità* caro-viveri *concessa* agli impiegati dello Stato », — pur essendo certo che a costoro,

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

alla data di emanazione del capitolato già una prima e poi una seconda di tali indennità erano state concesse — tuttavia avrebbe potuto la formula *al singolare* prestarsi a doppia interpretazione. Ma, essendosi usato *il plurale*, l'interpretazione restrittiva è perentoriamente resistita dalla dizione usata: e sarebbe perciò arbitraria e lesiva del diritto legittimamente quesito dal sanitario.

« Nè argomento in contrario può trarsi dal disposto dell'art. 31, che nulla ha a che vedere col citato art. 32. Dedusse, al riguardo, la difesa del Comune in primo grado, e ripete anche in questa sede, che, essendosi stabilito all'art. 31 del capitolato che il trattamento economico — di cui parlasi — aveva effetto retroattivo al 1° aprile 1920, si deve intendere attribuita la sola indennità *che a questa data spettava agli impiegati dello Stato*, e cioè soltanto la prima.

« L'errore di una simile argomentazione è però di per sè manifesto, sol che si consideri che il riferimento alla data del 1° aprile fu fatto esclusivamente agli effetti della decorrenza retroattiva di tutto il nuovo trattamento economico che il capitolato veniva a stabilire per i sanitari del Comune. Dispone l'art. 31: « Però ha effetto dal 1° aprile 1920 il trattamento economico ai sanitari tuttora in servizio ed in possesso della stabilità ».

« Or, ognuno vede come — determinatasi in tal guisa la data di decorrenza del trattamento economico decretato a favore dei sanitari — ed essendosi di poi in un articolo successivo (il 32) espressamente dichiarato che « al sanitario in pianta stabile sono devolute le indennità di caroviveri concesse agli impiegati dello Stato » la sola conseguenza che ne deriva — se l'una disposizione vuolsi in correlazione con l'altra interpretare — si è che, come per la misura degli stipendi e degli altri emolumenti, ecc..., così anche per il beneficio delle indennità caro-viveri, la *decorrenza* debba intendersi dal 1° aprile 1920 in poi. E poichè da questa data a quella in cui il capitolato fu emanato già due indennità di caroviveri erano state concesse agli statali — e l'art. 32 parla di indennità al plurale — sarebbe non soltanto in contrasto con la dizione usata dal detto articolo, ma anche assurdo e inverosimile il riferimento alla data del 1° aprile come una disposizione limitativa di un cotal beneficio nel senso voluto dall'appellante, quando, invece, con l'aver stabilito per il nuovo trattamento economico del sanitario una decorrenza *retroattiva*, si volle manifestamente fare il vantaggio, e non il danno del dipendente stipendiato.

« Osserva, infine, la Corte che fuor di proposito si citano dall'appellante pareri e decisioni del Consiglio di Stato, affermanti che, costituendo la concessione della seconda indennità caro-viveri un atto puramente *facoltativo* per i Comuni, è illegittimo l'esercizio della potestà surrogatoria della G. P. A., che ai termini dell'art. 220 della legge comunale e provinciale non può esercitarsi che nel caso di operazione fatta *obbligatoria* dalla legge. Nella specie in esame, per vero, la G. P. A. non si sostituì al Comune di Arcinazzo per dichiarare obbligatoria la seconda indennità di cui trattasi, ma provvide essa — in sede di sostituzione tutoria — alla formazione del capitolato contenente la intera disciplina del servizio sanitario ed il necessario rapporto d'impiego tra il sanitario e il Comune. La sostituzione, quindi, in questo caso fu piena e completa, per tutto un insieme di provvidenze che il Comune aveva il dovere di fare e non fece.

« Ciò posto, indarno il Comune tenta ora sottrarsi all'obbligo assunto con l'accettazione del capitolato, ecc. ».

XXXVII. — Effetti della decorrenza del termine per la conferma o il licenziamento dell'ufficiale sanitario.

L'art. 80 del Regolamento sanitario 19 luglio 1906 dispone che « non oltre un mese dopo decorso il periodo di prova il Prefetto procederà alla nomina definitiva o al licenziamento del l'ufficiale sanitario a termini di legge ».

Se decorra questo termine senza che il Prefetto abbia provveduto, si deve ritenere che l'ufficiale sanitario sia senz'altro stabile?

La IV Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 17 aprile 1925, n. 437, ha risposto negativamente.

« Poichè — dice la sentenza — la legge non dispone che la conferma dell'ufficiale sanitario possa aver luogo — come, ad es., per il medico condotto — per semplice decorso di termine, e cioè senza una positiva deliberazione di nomina definitiva o di licenziamento, *il termine di un mese* deve intendersi stabilito, come in altri casi analoghi, in altre leggi o in altro regolamento, *quale semplice norma amministrativa*, che, non osservata, può dar luogo eventualmente a rilievi o a misure disciplinari verso quei funzionari che per la loro negligenza non abbiano curato l'osservanza di detto termine, ma non può produrre la conseguenza, inammissibile senza una chiara esplicita disposizione, che quel provvedimento positivo di conferma o di licenziamento, che la norma ha prescritto dovesse emettersi, si abbia ad intendere invece fittiziamente emesso in favore del funzionario, ma con eventuale danno del pubblico servizio per un ritardo nel deliberare ».

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Lotta contro il cancro.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della Sanità Pubb.) ha diramato ai prefetti del Regno la seguente circolare in data 28 gennaio 1925:

Il progressivo aumento del cancro — e dei tumori maligni in genere — preoccupa ormai, e giustamente, l'opinione pubblica, la quale reclama l'intervento dello Stato per organizzare e disciplinare un' azione di difesa sociale contro la gravissima malattia.

In tutti gli Stati civili si è intrapresa, o si sta intraprendendo, contro essa una lotta intensa sotto il triplice aspetto: *scientifico* per quanto riguarda la etiologia e la patogenesi del male, *terapeutico* per quanto si riferisce alla ricerca di nuovi mezzi curativi ed al perfezionamento di quelli conosciuti, ed *igienico*, per quanto si attiene alla prevenzione ed alla lotta contro la sua diffusione. Il Comitato di Igiene della Società delle Nazioni ha dal suo canto avviato importanti ricerche comparative e statistiche per indagare la eventuale influenza che possono avervi le diverse contingenze individuali, famigliari e sociali, già segnalate dagli studiosi, quali fattori degni di rilievo.

Le statistiche demografiche hanno dimostrato che si tratta di una gravissima questione sociale, poichè la malattia miete annualmente nella sola Italia oltre venticinque mila vittime e mostra una tendenza ad un continuo e progressivo aumento in tutti i Paesi civili.

È d'uopo, quindi, che anche nel nostro Paese si organizzino mezzi e congegni per un'azione di difesa.

Si ritiene dai più che il cancro, se diagnosticato precocemente, può essere considerato come una malattia localizzata in una determinata parte del corpo, ed essere perciò curato con grandi probabilità di guarigione.

Da tale premessa di fatto consegue la necessità essenziale di provvedere, quanto meno in ciascun capoluogo di Provincia, alla istituzione di *Centri di accertamento diagnostico* forniti dei moderni mezzi di indagine clinica e di laboratorio.

La funzione di questi «Centri di accertamento diagnostico» da aggregarsi preferibilmente ad Istituti scientifici, ad Ospedali o a Cliniche, deve tendere ai seguenti scopi:

a) la diagnosi precoce dei casi di cancro;

b) l'assistenza al malato, facilitandone il collocamento, ove occorra, negli idonei istituti di cura;

c) l'indagine sulle condizioni individuali, professionali, famigliari e domiciliari del malato;

d) la raccolta di elementi di studio per la migliore conoscenza della malattia e delle sue cause;

e) l'attiva propaganda per la lotta contro il cancro presso il pubblico, anche nei minori centri, al fine di fare opera di convinzione sulla necessità di un pronto intervento curativo ai primi «segni» del male.

A promuovere la istituzione e l'impianto di tali «centri di accertamento diagnostico» pel cancro, la S. V. vorrà spiegare il più assiduo interessamento, avvalendosi delle disposizioni contenute nel R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, concernente la riforma degli ordinamenti sanitari, il quale opportunamente all'art. 8 attribuisce alla Provincia la facoltà di istituire e sussidiare Dispensari specializzati per la prevenzione e la cura delle malattie sociali, e all'art. 6 dispone che i Laboratori Provinciali d'igiene e profilassi cooperino a loro volta all'accertamento diagnostico delle malattie stesse.

L'importanza e l'urgenza attuale del problema del cancro rendono necessario di assciurare che, nelle varie Provincie, vengono associate tutte le preziose energie, ora non di rado disperse, avvalorandole con l'efficace concorso degli organi Provinciali e Comunali e con quello delle più competenti personalità sanitarie, nonchè di quanti, per spirito illuminato di filantropia o per convincimento di studi, potessero portare alla crociata contro il cancro le energie della loro fede, della loro autorità, e dei loro mezzi.

È perciò da raccomandarsi la istituzione, laddove manchino, di Comitati, che provvedano a coordinare e disciplinare, in un armonico programma di azione e di propaganda, le varie attività ed iniziative pubbliche e private, anche nei rapporti con gli Uffici Sanitari comunali e cogli Enti locali di beneficenza e di assistenza ai malati.

In Italia la lotta contro il cancro ha avuto in questi ultimi tempi un promettente risveglio di interessamento fra i medici ed il pubblico; risveglio che ha dato origine a parecchie lodevoli iniziative tra cui alla «Lega italiana per la lotta contro il cancro»: sede provvisoria in Roma (13), via Alberico II, n. 4-B.

Si prega di richiamare, nei riguardi di quanto sopra, la particolare attenzione del Medico Provinciale e l'interessamento dei Sindaci e degli Ufficiali Sanitari Comunali, delle Amministrazioni provinciali e di quelle Ospitaliere, affinchè siano opportunamente stimolate le energie locali per le indispensabili iniziative.

Si gradirà dalla S. V. un cenno di risposta e di assicurazione, e, al più presto, un'esposizione sommaria del «piano di azione» concretato ed inteso allo scopo che la lotta contro il cancro ed i tumori maligni in genere possa avere il maggior possibile impulso.

Il ministro: FEDERZONI.

Cronaca del movimento professionale.

Congresso federale degli Ordini dei medici.

Di questo Congresso, adunatosi a Roma nei giorni 25 e 26 aprile, daremo il resoconto nel prossimo numero.

Contro l'esercizio abusivo della Medicina.

Il Consiglio dei Ministri ha approvato un disegno di legge per la repressione dell'esercizio abusivo della professione sanitaria. Il disegno di legge consta di tre articoli e stabilisce che chiunque esercita abusivamente la professione sanitaria è punito con la multa che va da lire 500 a lire 1000: in caso di recidiva, la multa si eleva fino a 5000 lire; tutto ciò che si trova nei locali dove si esercita abusivamente la professione sarà confiscato.

Punizione disciplinare.

L'Ordine dei Medici di Roma comunica che con provvedimento 5 dicembre 1924, notificato all'interessato il 24 gennaio 1925 e passato in giudicato, il Consiglio ha inflitto al dott. Savino Alessandro, fu Vincenzo, la pena disciplinare della censura.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Manicomio Provinciale.* — Il concorso a medico praticante interno (assegno L. 5000, vitto ed alloggio personale) è prorogato al 30 giugno. Per chiarimenti rivolgersi alla Direzione dell'Istituto.

BENEVENTO. *Amministrazione Provinciale.* — Medico direttore del Ricovero per i Bambini esposti della Provincia; L. 6000. Docum. entro le ore 12 del 15 mag. alla Segret. Età lim. 50 a. al 6 apr. Chiedere annunzio.

CASTELFIDARDO (*Ancona*). — Prima condotta; proroga a tutto il 20 maggio ferme restando tutte le condizioni.

CASTELNUOVO DI PORTO (*Roma*). — Proroga 20 mag. L. 7000 oltre 1° c.-v.; L. 300 uff. san. Chiedere annunzio.

CESENA (*Forlì*). *Congregaz. di Carità.* — Chirurgo primario dell'Ospedale Civile; L. 12,000, partecipaz. onorari, indennità varie; età lim. 40. Proroga ore 17 del 15 mag. Chiedere bando alla Segreteria.

ESINO SUPERIORE (*Como*). — Consor. con Esino Infer.; ab. 900 circa riuniti; L. 9000, oltre L. 500 uff. san. e L. 500 ambulatorio in casa. Condotta adatta anche per medici anziani. Scad. 20 mag.; servizio 15 giugno.

LISCIANO NICCONE (*Perugia*). — Scad. 15 mag.; stip. L. 8000; indenn. serv. attivo L. 600; uff. san. L. 400; due c.-v. Chiedere condizioni e avviso alla Segreteria comun.

MONTEDORO (*Caltanissetta*). — A tutto il 31 mag., consor. con Buompensiere; ab. 2943 più 941; lire 14,000 oltre L. 1500 cav., per 1000 pov.; speciale attitud. alla chirurgia e all'ostetricia. Funzioni entro 15 gg. Preferenza ex combattenti.

MONTEMIGNAIO (*Arezzo*). — Al 15 mag., ore 18; ab. 2000. L. 10,000 e 4 quadrienni decimo, oltre L. 300 uff. san., L. 1200 c.-v. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10. Saranno esclusi i disertori anche se amnistiati. Serv. entro 20 gg.

NONANTOLA (*Modena*). — Scad. 30 giu. L. 8500 e bienni ventes. oltre alle indenn. c.-v.; L. 2500 cav.; età lim. 35 a. Tassa L. 50.

NEMOLI (*Potenza*). — A tutto 20 mag.; L. 7000 e sei quadrienni di L. 583.35; addizion. L. 5 oltre i 300 pov. Situaz. di famiglie.

PIACENZA. *Ospizi Civili.* — Primario di radiologia e terapia fisica nell'Ospedale Civile; biennio di prova; L. 7000 e 50 % introiti lordi servizio abbienti e introiti tasse servizio ambulatorio poveri inviati dal Comune; assicuraz. Inibito l'esercizio della specialità fuori dell'Ospedale. Scad. 30 mag. Documenti all'Amministrazione (via Romagnosi 33). Età lim. 35 a. al 19 apr.

SALANDRA (*Potenza*). — Condotta poveri; L. 6000. Scad. 31 maggio.

SANT'ARCANGELO DI ROMAGNA (*Forlì*). — Medico primario dell'Ospedale Civile e titolare della condotta del capoluogo. Vedi fasc. 19. A tutto 20 mag.

SERRAUNGARINA (*Pesaro*). — Scad. 31 mag. Lire 8000 e 10 bienni ventesimo; c.-v. di L. 100 pei coniugati, L. 65 pei celibi; L. 3000 cav. obbligat.; addizion. L. 2 da 501 a 1000 pov., L. 3 oltre. Tassa L. 50.10.

TORRITA TIBERINA (*Roma*). — A tutto 15 mag.; cond.; L. 7000, oltre L. 1200 c.-v., L. 300 uff. san., L. 1500 p. arm. farm. e posto pronto soccorso; per cav. L. 2400; le ultime due indennità sono *facoltative*, inquantochè il Comune si riserva di corrisponderle o meno dopo avvenuta la nomina del med. cond. Certificato di buona condotta *morale e politica*. Vaglia L. 50.10.

TRAPANI. — Due condotte rurali. Vedi fasc. 18. Termine utile un mese dal 23 aprile.

ZAGAROLO (*Roma*). — Scad. ore 18 del 15 maggio; L. 7000 e 5 quadrienni decimo.

ZOGNO (*Bergamo*). — A tutto il 20 mag.; ab. 3360, in collina; L. 6500; addizionali di L. 2 e 5; per bicicl. L. 500; per uff. san. L. 620; c.-v. Accettaz. entro 8 gg., serv. entro 30.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con recente decreto del Ministro dell'Interno si è provveduto alla nomina, in sostituzione del compianto prof. Gaglio, del presidente della Commissione incaricata di rivedere la IV edizione della Farmacopea Ufficiale del Regno, nella persona del comm. prof. Alberto Peratoner, direttore dell'Istituto di Chimica farmaceutica nell'Università di Roma.

Con altri decreti si è provveduto inoltre a chiamare a far parte della Commissione suddetta i signori comm. prof. Giuseppe Plancher, professore di Chimica farmaceutica nell'Università di Bologna, gr. uff. prof. Cesare Serono, docente di chimica e microscopia clinica nella Università di Roma. e cav. Ludovico Olivieri, dottore in chimica.

NOTIZIE DIVERSE.

Primo Congresso ed Esposizione nazionale antitubercolare.

Dal 25 al 28 maggio 1925 avrà luogo in Napoli, nella degna Sede rappresentata dai sontuosi saloni e dalla imponente aula del Consiglio Provinciale, in Piazza S. Maria la Nova, questo primo importante Congresso che, sorto nei migliori auspici, è destinato a porre le basi per la più efficace lotta contro il male insidioso e ribelle che rappresenta una delle maggiori piaghe sociali.

Le relazioni già fissate riguardano: la cura sanatoriale al monte, al piano, al mare (proff. Banfi, Bertolini, Vitale); la vaccinazione antitubercolare (prof. Sivori). Ogni relazione non può durare più di 15 minuti.

Le comunicazioni riguardano la diagnosi, la patogenesi, la terapia, la profilassi della tubercolosi e provengono dalle Cliniche Universitarie, mediche e chirurgiche generali, pediatriche, ostetrico-ginecologiche, dermosifilopatiche, dagli Istituti di patologia generale; di batteriologia, di neuropatologia, da Ospedali ed Istituti privati, da sanatorii, tubercolosari, dispensarii, ecc. Ogni comunicazione non può durare più di 5 minuti.

Una seduta speciale è dedicata agli « Enti Comunali e Provinciali ».

Speciali rappresentanti riferiranno su quanto si è fatto per la lotta antitubercolare nel rispettivo Comune o Provincia.

Un rapporto speciale (prof. Andrea Ferrannini e avv. Ettore Botti) riguarderà l'argomento « Provvedimenti ed istituzioni per la lotta antitubercolare e risorse finanziarie corrispondenti ».

Sono già fissate le seguenti conferenze con illustrazione di apositive e *films*:

1) Prof. Castiglioni (Trieste): La storia della tubercolosi in Italia.

2) Prof. Ettore Levi (Roma): L'organizzazione economico-sociale in rapporto alla medicina preventiva.

3) Prof. Mario Radaeli (Pavia): I sanatorii italiani in funzione.

4) Prof. Paolo Israeli (Trieste): Organizzazione delle scuole all'aperto.

Nelle serate o nel pomeriggio, durante il Congresso, sulla piazza prospiciente alla Sede del Congresso o in teatri della Città di Napoli, si terranno parecchie dimostrazioni cinematografiche. Soggetto delle *films* saranno: utilità dei sanatorii e dispensarii antitubercolari; funzionamento dei sanatorii, dei dispensarii, delle scuole all'aperto e di altre istituzioni di igiene sociale.

Ogni congressista già iscritto (la quota di iscrizione in L. 20 si indirizza al prof. Guido Mendes, Roma, via Toscana, 12) riceverà, tra breve, la tessera e le carte per usufruire della riduzione sulle tariffe ferroviarie.

La presidenza del Comitato ordinatore del Congresso (Napoli, Largo S. Maria la Nova, 19) fornirà tutte le indicazioni per la prenotazione degli alloggi. Alla Stazione funzionerà un ufficio di informazioni nei giorni immediatamente precedenti al Congresso e durante i giorni del medesimo.

Sono già organizzate le visite alle principali istituzioni antitubercolari e d'igiene sociale di Napoli e dintorni durante il Congresso, nonchè speciali gite facoltative (a gruppi di congressisti prenotati separatamente) alla colonia boschiva marina di Portici, alle scuole Montessori ed alle case popolari a Poggioreale, a Pompei, al Vesuvio, a Capri, ai Campi Flegrei.

Ogni congressista avrà diritto all'ingresso gratuito nei musei, a palazzo Reale, alla villa Reale di Capodimonte, all'Acquario nella Villa Comunale.

Uno speciale ricevimento sarà offerto dal Comune di Napoli, in onore dei congressisti.

Presidente del Comitato ordinatore generale del Congresso e dell'esposizione è il prof. Andrea Ferrannini, segretario generale e il dott. Alberto Botti.

L'Esposizione avrà luogo nell'artistico Chiostro annesso alla stessa Sede del Congresso. Essa è divisa in 18 Sezioni: 1) Ambulatorii, Dispensarii, Preventorii. 2) Solarii, Sanatorii, Tubercolosarii. 3) Scuole all'aperto, Ricreatorii, Colonie montane e marine, colonie e campi di lavoro. 4) Arredamento degli Istituti antitubercolari (sputacchiere, schermi, tendoni, lettini, sedioloni per elettroterapia, apparecchi per riscaldamento). 5) Scuole per infermiere, assistenti sanitarie, visitatrici. 6) Radiodiagnostica, radioterapia, fototerapia. 7) Diagnostica sierologica e batteriologica. 8) Preparati alimentari (farine alimentari, conserve alimentari, biscotti, preparati di latte). 9) Acque minerali. 10) Apparecchi per terapia meccanica ed elettrica. 11) Pneumotorace artificiale. 12) Apparecchi per inalazioni ed iniezioni. 13) Apparecchi e prodotti chimici per la epurazione degli ambienti (Scuole, fabbriche, teatri, cinematografi, vagoni ferroviari e tramviarii, cabine). 14) Casellari sanitarii. 15) Associazioni antitubercolari. 16) Legislazione antitubercolare. 17) Bibliografia (libri, opuscoli, giornali). 18) Propaganda (tavole murali, diagrammi, diapositive, films educative).

Le iscrizioni vanno indirizzate alla presidenza del Comitato ordinatore (Largo S. Maria la Nova, 19, Napoli) secondo il modulo di domanda che si spedisce dietro richiesta.

Il materiale da esporre dovrà essere spedito in modo da giungere a Napoli tra il 1° e il 20 maggio (ultimo termine).

Il pagamento delle somme dovute da ciascun espositore secondo le tariffe di posteggio dovrà esser fatto al tesoriere-economo della Commissione per l'esposizione dott. Gaetano Cesaris (Piazza S. Maria la Nova, 22, Napoli) metà all'atto della iscrizione e metà entro il 20 maggio 1925. Per ogni chiarimento rivolgersi al Presidente della Commissione per l'esposizione dott. comm. M. F. Imbert (Via Depretis, 62, Napoli). Gli espositori riceveranno in tempo utile i moduli per le riduzioni sulle tariffe ferroviarie.

Convegno medico nazionale.

Si è adunato a Milano dal 14 al 16 aprile, in occasione della Fiera campionaria, ad iniziativa dei proff. P. Piccinini e F. Marelli.

Vi sono convenuti medici di ogni parte d'Italia. All'inaugurazione, che ebbe luogo nella sede dell'« Associazione Sanitaria Milanese » (via S. Paolo 10), parlarono il prof. Piccinini, il comm. Villa e il dott. Luraschi.

Furono visitati numerosi istituti scientifici, clinici, industriali. Il Comune offrì ai convenuti un ricevimento a Palazzo Marino; portò loro il saluto della città il prof. Bertazzoli.

Congresso stomatologico italiano.

La Federazione Stomatologica Italiana ha indetto il XIV Congresso a Fiume per il 3 settembre e ss. Vi è stata invitata la Società Stomatologica Ungherese, la quale ha designato il prof. Salamon per lo svolgimento di due temi: « Nuova sistematica dei lavori a ponte » e « Le potenze dell'arco classico ortodonziale »; il Salamon sarà scortato da molti colleghi ungheresi.

L'organizzazione del Congresso è affidata al dott. Bruno Polacco. Sono fissate gite ad Abbazia ed a Laurana.

Daremo notizie più precise del programma non appena ci sarà comunicato.

Associazione professionale dei dermosifilografi italiani.

Terrà il suo X Congresso a Torino il 29 e 30 maggio, sotto la presidenza del prof. V. Montesano. Richiedere il programma al segretario prof. R. Terzaghi (via Napoli 5, Roma); la tessera al prof. A. Fontana (via di Porta Palatina 1, Torino).

Congresso internazionale di radiologia.

Come abbiamo annunziato, si terrà a Londra dal 1° al 4 luglio, nel Central Hall, a Westminster. Sarà preceduto, il 30 giugno, da un ricevimento alla Società Reale di Medicina.

Comprenderà tre sezioni: 1) radiologia; 2) elettroterapia e fisioterapia; 3) fisica. Un'esposizione di radiogrammi avrà luogo nell'Istituto inglese di radiologia e un'esposizione di materiale radiologico, elettro-medico e fisico nel Central Hall.

Saranno eseguite escursioni a Oxford, Cambridge, Glascow e Edimburgo.

Quota: due ghinee (Lst. 2.2.0, equivalenti incirca a Lit. 260).

Per adesioni, programmi, informazioni, rivolgersi: The secretary British Institute of Radiology, 32, Welbeck Street, London W. R. 1.

Congresso internazionale di anatomia.

Dal 6 all'8 aprile si è svolta a Torino, la 20ª Riunione dell'« Association des Anatomistes », sotto la presidenza del prof. Romiti; nell'occasione si è tenuto anche il Congresso degli anatomici di lingua francese. La citologia ha occupato il posto d'onore con le relazioni di Levi e Pensa e le comunicazioni di Ciaccio, Parat, Painlevé, Giroud, ecc.; nel campo dell'anatomia macroscopica, menzioniamo la relazione di Viola e le comunicazioni di Weber e di Locatelli; l'isto-fisiologia delle glandole genitali è stata oggetto di comunicazioni da parte di Bruni, Goormagtigh, Salazar, Orban.

L'accoglienza della città è stata cordiale.

Congresso internazionale per la tutela dell'infanzia.

Il 5° Congresso della serie, che doveva tenersi a Madrid dal 12 al 19 aprile, venne rinviato a data da destinarsi. Per informazioni rivolgersi al segretario generale, dott. A. Bandelac de Pariente, Consulat Général d'Espagne en France, square Moncey 10, Paris (9e).

Congresso medico franco-polacco.

Il 2° Congresso medico franco-polacco si è tenuto a Parigi. All'inaugurazione, parlarono il professor Roger, presidente del Congresso, Okynczye, segretario generale, Bonczkiewicz, presidente della Camera superiore dei medici polacchi, Klecki, delegato del ministro francese della P. I., Krzysztalowicz, rettore dell'Università di Varsavia, Noir, per l'Unione dei sindacati medici francesi, Mazurkiewicz, per la Società medica franco-polacca, Justin Godard, ex ministro del lavoro e dell'igiene, che dichiarò aperto il Congresso.

Fu offerto un brillante ricevimento ai congressisti dal Municipio di Parigi.

Corso di perfezionamento sulla tubercolosi, per medici e studenti laureandi in Medicina.

Dal 1° al 15 giugno 1925 sarà tenuto, a Palermo, un corso di perfezionamento sulla tubercolosi, per il quale l'Istituto di Medicina Sociale ha ottenuto la collaborazione di illustri professori ufficiali e di privati docenti dell'Ateneo Palermitano, e cioè: L. Manfredi, Di Macco, C. Lazzaro, L. Giuffrè, E. Tricomi, F. Purpura, L. La Franca, De Vecchi, L. Philippson, G. Lodato, L. Manfredi, D. Mirto, R. Colella, Cova, G. Di Cristina, G. Epifanio, C. Piazza, A. Bentivegna, Corica, G. Mirto, V. Fici, G. V. Tardo, E. Calamida, Fonzo, L. Sagona, S. Latteri.

Durante il periodo delle lezioni saranno tenute conferenze su vari argomenti e saranno fatte visite alle istituzioni antitubercolari.

Le domande d'iscrizione, in carta semplice, con la tassa in L. 100, dovranno essere inviate, entro il 30 maggio, all'Istituto di Medicina Sociale (Regia Clinica Chirurgica).

Agli inscritti sarà rilasciato un attestato di frequenza.

Ciclo di conferenze sulle glandole sessuali.

Ad iniziativa dell'Istituto Sieroterapico Milanese e in dipendenza della Facoltà Medica di Milano, dal 2 al 28 aprile si è tenuto un ciclo di sei conferenze sulle glandole sessuali; conferenzieri sono stati i proff.: Edoardo Gley e Sergio Voronoff,

del Collegio di Francia; Champe, della Facoltà Medica di Parigi; Max Thorek, dell'« Ospedale Americano » di Chicago; Ernesto Lugaro, della R. Università di Torino; Angelo Cesare Bruni, della R. Università di Milano.

Onoranze al sen. Mangiagalli.

La città di Milano ha tributato una grandiosa manifestazione di omaggio al suo primo Magistrato, sen. Mangiagalli, in riconoscimento della sua illuminata opera svolta a vantaggio della scuola, della scienza e della prosperità della metropoli lombarda. Una folla di personalità e di rappresentanze convenne nel cortile della Rocchetta al Castello Sforzesco, ove doveva essere scoperto un monumento in bronzo che raffigura l'illustre clinico in cappa magna di Rettore magnifico davanti alla cattedra, opera dello scultore Castiglioni, che reca l'epigrafe: *Luigi Mangiagalli - medico e filantropo - creò l'Università di Milano - volle più grande la metropoli lombarda - I milanesi*. Parlarono il sen. Baldo Rossi per l'Università, il vicesindaco Marchetti per la Giunta municipale, l'on. Petrillo pel Governo, il commissario regio di Mortara, la città che dette i natali al festeggiato, lo studente in medicina Gosti, presidente dell'Associazione Universitaria, e Gino Valori, oratore ufficiale della cerimonia. Il segretario generale del Comune, comm. avv. Pizzigalli, lesse l'atto di consegna del monumento. Innumerevoli le adesioni, tra cui quelle del Re e del Governo. Il sen. Rossi annunziò che il sen. Mangiagalli donava all'Università la somma di un milione. La sera ebbe luogo un banchetto al quale parteciparono più di quattrocento commensali.

In nome della famiglia medica italiana ci associamo a questa solenne manifestazione in onore di uno dei suoi maggiori rappresentanti.

Per onorare la memoria di Guido Banti.

Il contributo alla sottoscrizione per onorare la memoria del prof. Guido Banti, di che demmo notizia nel fasc. 17, si ricevono alla Cassa della Regia Università, Piazza S. Marco, Firenze.

Per le onoranze di Milano ai medici caduti in guerra.

Il Comitato per le onoranze ai Medici di Milano e provincia caduti in guerra, sorto per iniziativa dell'Ordine dei medici, ha ripreso la propria azione. La classe medica ha già in parte contribuito alla sottoscrizione, come pure hanno contribuito gli industriali di prodotti chimici e farmaceutici ed altri cittadini.

Il Comitato si propone di apporre una lapide monumentale nell'Ospedale militare principale, e la pubblicazione di un albo d'onore. La classe medica e quanti sentono la nobiltà del sacrificio compiuto dai sanitari nell'assolvere la loro missione concorrano ancora ad integrare la sottoscrizione che è aperta presso l'Ordine dei medici in via Dogana, 2 - Milano.

Nella Università di Milano.

Il Consiglio della facoltà di Medicina della Regia Università degli Studii di Milano ha approvato il programma del corso libero: « *Elementi di psicopatologia* », che l'on. prof. dott. Ferdinando Cazzamalli, docente di clinica delle malattie mentali e nervose, svolgerà durante l'anno scolastico 1924-1925. Il corso, iniziatosi in febbraio, si tiene presso la clinica delle malattie nervose e mentali della R. Università di Milano.

Ambulatorio della C. R. I. a Milano.

Il 29 marzo venne inaugurato l'ambulatorio-scuola intitolato « Piave », che la C. R. I. ha organizzato nei locali dell'Ospedale Jolanda. Parlarono il presidente generale della C. R. I. sen. Ciraolo e il conte Borromeo; mons. Polvara benedisse i locali. La sera ebbe luogo un banchetto. L'ambulatorio è diretto dal prof. Castiglioni e ripartito in cinque sezioni cui sono preposti i dottori Minola, Castellani, Colombo, Manara e Mattei, con la consulenza dei proff. Carpi e Castiglioni.

Elargizioni e lasciti.

Un munifico benefattore, che vuole serbare l'incognito, ha offerto 15 milioni di lire per l'erezione di un ospedale per bambini a Quarto (Genova).

Come annunziamo altrove, il sen. prof. Luigi Mangiagalli ha donato all'Università di Milano la somma di un milione, in titoli industriali.

Il cav. Luigi Allocchio ha lasciato 100,000 lire all'Ospedale Maggiore di Milano, 100,000 lire alla Società Dante Alighieri e 1 milione al R. Istituto di Scienze e Lettere di Milano per promuovere gli studi e la tecnica relativi all'alimentazione del bestiame e all'utilizzazione dei cascami del latte.

Il sig. Pio Erminio Santini ha lasciato tutto il suo patrimonio all'Istituto delle sordomute povere di Bologna, tolto un milione e mezzo, destinato al rifinimento della chiesa di San Petronio: qualora entro un ventennio tale opera non fosse iniziata, la somma verrebbe ripartita tra quattro Istituti di beneficenza.

Abuso dell'emblema della Croce Rossa.

Il presidente generale della C. R. I. ha diretto al presidente della Federazione degli Ordini dei Farmacisti una lettera in cui segnala l'uso frequente da parte di farmacie, dell'emblema C. R. in mostre, in fanali, ecc. Richiama il testo della legge 3 giugno 1912, n. 740, che regola e limita la tutela dei segni di neutralità:

« Art. 1. — Chiunque, senza autorizzazione del Governo, adopera, come emblema, la croce rossa in campo bianco, o fa uso della denominazione di « Croce Rossa » o « Croce di Ginevra », è punito con gli arresti da uno a sei mesi o con l'ammenda da lire 300 a lire 2000.

« Alla stessa pena soggiace chiunque contraffà o altera l'emblema o la denominazione su ricordate e le adopera in guisa da generare confusione o inganno.

« Tali pene sono aumentate di un terzo se l'emblema o la denominazione di cui sopra si usano quale marchio o parte di marchio di fabbrica o di commercio, o come insegna o contrassegno in qualsiasi modo applicato, a scopo di lucro.

« Art. 2. — I prodotti posti in commercio, con segno della Croce Rossa non autorizzato o contraffatto, saranno confiscati ».

Il presidente della C. R. I. prega di ricordare, agli inscritti nell'ordine, di ottemperare il disposto della legge, conformandovisi ed astenendosi dall'adoperare il segno di neutralità nelle loro espressioni professionali ed industriali.

Con unanime cordoglio la famiglia medica genovese udì della morte inopinata del prof. COSIMO RUBINO, tuttora giovane professore, aiuto da 15 anni della cattedra di patologia medica diretta dal prof. P. Livierato. Noi abbiamo perduto in lui una nobilissima tempra di perseguitore del vero esatto, di innamorato della scienza, puro da ogni calcolo d'interesse. Per lui il paziente era davvero la *res sacra miser*, che Plinio ci insegnò; era la sua cura, il suo amore.

Innumerevoli le autorità cittadine, i professori, i medici ad onorarlo nel funebre accompagnamento verso la stazione ferroviaria, donde muoveva la salma per la nativa Latiano di Lecce. Significativa inoltre la presenza, inconsueta, spontanea, di tutto il personale subalterno della clinica pel quindicennio. Onoranze di riverenza e di affetto, di rimpianto imperituro.

Dott. F. C.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI. Red resp.

Sommari di periodici editi dalla nostra Casa:

"IL POLICLINICO"

SEZIONE MEDICA

Il fascicolo 5 (1° maggio) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - **F. Costantini**: Sui tumori dei lobi frontale e temporale. Contributo clinico ed anatomo-patologico.
II. - **A. Andreani**: Tumore cerebrale ed encefalografia.
III. - **C. Bonasera**: Contributo allo studio dell'Atassia ereditaria (malattia di Friedreich).
IV. - **E. Banchieri**: Sui rapporti tra ischialgie ed alterazioni della colonna lombare (Spondilosi e malformazioni).

PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO L. 5.

I non abbonati a detta Sezione Medica potranno riceverli inviando il relativo importo, mediante vaglia postale, al Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina 14 - Roma.

"IL POLICLINICO"

SEZIONE CHIRURGICA

Il fascicolo 5 (15 maggio) conterrà:

LAVORI ORIGINALI:

I. - **C. Cavina**: Osservazioni istologiche su di un caso di linfosarcoma cervico-mediastinico trattato con la Röntgenterapia.
II. - **C. Cavina-Pratesi**: Sul linfogranuloma maligno (tre casi).
III. - **F. Marinelli**: Contributo sperimentale allo studio delle ferite delle vie biliari extraepatiche e della colemia.
IV. - **A. Miliani**: Sul meccanismo e valore istologico di una briglia erniaria.

PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO L. 5.

I non abbonati a detta Sezione Chirurgica potranno riceverlo inviando il relativo importo, mediante vaglia postale, al Cav. LUIGI POZZI - Via Sistina 14 Roma.

Cuore e Circolazione

Continuazione de

LE MALATTIE DEL CUORE E DEI VASI

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI

Redattore capo: prof. CESARE PEZZI

Il fascicolo 4 (aprile) contiene:

LAVORI ORIGINALI.

I. - **S. Attili e Doria Raimondo**: Studio clinico, radiologico, elettrocardiografico, sopra un caso d'insufficienza delle valvole polmonari.
II. - **F. Castellotti**: La replezione venosa nei cardiopazienti: suoi rapporti con la pressione venosa, suo valore clinico e diagnostico.
III. - **C. Aiello**: Sulle oscillazioni della pressione arteriosa in rapporto col lavoro fisico. (Considerazioni critiche e ricerche sperimentali).

RASSEGNE, RIVISTE, CONGRESSI.

Clinica: Tachicardia parossistica di origine atrio- ventricolare con blocco cardiaco retrogrado e ritmo reciproco. — L'assorbimento del liquido nella idrope cardiaca. — Sulla efficacia della simpaticoectomia cervicale nella angina di petto e sulle conseguenze di tale intervento operativo nei riguardi della funzionalità cardio-vascolare. — Sulle alterazioni delle arterie coronarie: loro importanza clinica, con speciale riguardo alla sclerosi coronaria. — Fase « sopranormale » di ricupero illustrata da due casi clinici di blocco cardiaco. — Blocco cardiaco completo nella difterite. — Considerazioni sulla stenosi mitralica pura. — Sui soffi cardiaci determinati dalla pressione sulla parete toracica. — Ipertiroidismo da iodio e aritmia perpetua. — Sulla diagnosi dei trombi cardiaci. — Meningite in corso di endocardite lenta. — **Fisiopatologia**: Influenza dei disturbi di circolo sullo scambio gassoso del sangue. V. I gas del sangue e la velocità di circolazione nell'ipertiroidismo. — L'influenza della concentrazione dello ione Idrogeno sulla conduzione nell'orecchietta del cuore dei mammiferi trasfuso. — Studi sperimentali sulle fistole arterovenose: efflusso cardiaco. — Osservazioni sulle reazioni vascolari nell'uomo in risposta all'infundina; con speciale riguardo al comportamento dei capillari e delle venule. — Sulla azione vascolare della adrenalina in rapporto ai diversi stadii di distribuzione nei tessuti. — Modificazioni locali di colore nella cute privata del suo normale afflusso sanguigno; e note sull'asfissia locale.

Abbonamento per il 1925: Italia **L. 28**; Estero **L. 38.** Per gli abbonati al « Policlinico »: Italia **L. 22**, Estero **L. 32**. Un fascicolo separato **L. 3.50.**

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1925 a « Cuore e Circolazione » si concedono le intere annate 1920-1921-1922 e 1923 del periodico « Le malattie del Cuore » e 1924 di « Cuore e Circolazione » per sole **L. 75** se in Italia e per sole **L. 100** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio.

Inviare Vaglia postale al Cav LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 — Roma.

LA CLINICA OSTETRICA

PERIODICO MENSILE

di ostetricia, ginecologia e pediatria, per i medici pratici

diretto dal prof. **PAOLO GAIFAMI**

Il fascicolo 5 (maggio) conterrà:

Lavori originali: O. CIGNOZZI: Idroemia emolitica malarica gravidica.
Fatti e documenti (Casistica clinica ed anatomica): D. FERRACCIU: Setto longitudinale della vagina. Utero biforis suprasimplex. Placenta previa. Inversione uterina. — V. PUCCINELLI: Rottura di gravidanza extrauterina al quinto mese.
La rubrica degli errori: D. CONSOLI: Tifo addominale con peritonite da perforazione intestinale insorto subdolamente nel decorso di un puerperio febbrile.
Riviste generali: G. PERONDI: Sulla patogenesi dell'« herpes gestationis ».
Lezioni cliniche: T. Isidori: La pratica razionale della decollazione (da una lezione del prof. Paolo Delmas).
Dalle riviste: **Ostetricia**: Un caso di gravidanza addominale primitiva. — Espulsione di un fibroma in disfacimento dopo il parto. — Sulla riparazione della ferita cesarea. — Taglio cesareo vaginale. — Le cause ed il trattamento della rottura d'utero. — Distocia per rottura di cisti dermoide durante il parto. — Rianimazione del cuore con l'iniezione intracardiaca di adrenalina. — Tentativi di terapia dell'idrope delle gravide. — La causa dell'eclampsia. — Per eliminare l'eclampsia quale complicazione della gravidanza. — **Ginecologia**: Varicocele pelvico. — Sulla insufflazione delle tube. — Sulla dismenorrea e la sua cura. — Simpatectomia periarteriosa in ginecologia. — Sulla röntgenterapia dei papillomi vescicali. — **Pediatria**: Il riflesso oculo-cardiaco nel lattante. — Malaria congenita. — Appendicite prenatale. — **Note di biologia**: La costituzione dal punto di vista ostetrico. — Insulina e gravidanza. — Insulina e vomiti gravidici. — Il metabolismo dei carboidrati durante la gravidanza e il valore dell'insulina in ostetricia. — Metabolismo basale nella mestruazione. — Epoca del concepimento e sesso del nascituro. — Quando i bambini gridano. — Prove di paternità.
I libri.
Varietà: Aborto provocato mediante penne di gallina. — Parto prematuro di un teratoma celosomiano in presentazione di spalla e procidenza di una mano e del fegato. — A proposito di applicazione di forcipe inutile. — Rapporto fra la natalità maschile e femminile nella razza umana. — Le funzioni sensoriali e la attività sessuale. — Prostata e potere fertilizzante dello sperma. — La vitalità degli spermatozoi. — Opoterapia antica!... — La trasfusione del sangue in Egitto. — Profilassi della delinquenza sessuale. — I viaggi nuziali dei pesci. — Note demografiche. — Demografia francese.
Questioni professionali: Il forcipe alle levatrici?
Notizie: Nelle Università straniere. — Per la protezione della maternità nel Chilì.

Abbonamento per il 1925: Italia **L. 28**; Estero **L. 38.** Per gli abbonati al « Policlinico »: Italia **L. 22**, Estero **L. 32**. Un fascicolo separato **L. 3.50.**

Inviare Vaglia postale al Cav. LUIGI POZZI Via Sistina, n. 14 — Roma.

ANNO XXXII Roma, 18 Maggio 1925 Fasc. 20

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA DERMOSIFILOPATICA DI ROMA
diretta dal prof. P. L. BOSELLINI.

Contributo alla reazione di Dold.

Dott. G. SPICCA, assistente.

Quando nel 1906 Wassermann, Näisser e Bruck proposero la loro reazione apparve evidente l'importanza pratica e scientifica di essa ma nello istesso tempo non sfuggì agli autori la tecnica delicata e complicata che faceva della reazione di Wassermann una reazione dei soli grandi laboratori. Furono allora proposti diversi altri metodi assai più semplici che da quelli del Michaelis; Porgès e Maier; Salomon, Neubauer e Elias; Hermann e Perutz; Sachs-Altemann; Terunchi e Tojoda; Jacobsthal; Bruck, ecc.; si giunse a quello di Meinicke (1917) e a quello di Sachs-Georgi (1918) tutti metodi sierologici di precipitazione dei quali questi due ultimi per la loro semplicità di tecnica e per il loro valore clinico entrarono, sempre come controllo alla W. R., nella pratica di laboratorio. Nel 1921 Dold descrisse un nuovo metodo che apparve interessante. Scopo del mio lavoro è stato quello di controllare il valore pratico e scientifico di questa reazione confrontandola con la W. R. e con la reazione di intorbidamento di Meinicke (M.T.R.). Reazione di Dold.

La reazione di Dold consiste nel rilevare la comparsa di un intorbidamento specifico nei sieri luetici dopo due ore di termostato a 37° e due ore a temperatura ambiente. Ma continuando a tenere a temperatura ambiente la prova, in quei sieri che avevano dato intorbidamento, si osserveranno, dopo 24 ore, dei piccoli flocculi ora visibili ad occhio nudo ora non visibili se non con l'agglutinoscopio di Kunhe e Woitge o con il sieroscopio di Dold. Così la « Trubungsreaktion » rientrando, dopo 24 ore, nei limiti propri delle reazioni a precipitazione viene chiamata dallo stesso Dold « Trubung-flokuncreaktion » e può considerarsi come una vera modificazione delle reazioni a precipitazione, venendo essa ad utilizzare il primo momento di tali reazioni, quello appunto in cui si forma l'intorbidamento che precede la flocculazione.

Come si vedrà nella tecnica la D. R. offre molta rassomiglianza con la S. G. R. differenziandosi soltanto per le diverse proporzioni del siero e dell'antigene e per la lettura precoce.

Questo fatto doveva portare ad una vivace polemica fra Sachs-Georgi e Dold.

Sachs sostenne che la D. R. non è altro che una S. G. R. modificata solo nei rapporti tra antigene e siero e che non ha nessuna importanza salvo una modificazione di tempo nella lettura la quale viene fatta al momento dell'intorbidamento, che secondo Sachs può precedere si, ma aversi anche nell'istesso momento della flocculazione; che inoltre non è vero che prima del lavoro di Dold non si conoscesse la lettura precoce perchè nei lavori pubblicati da Neukirch e Stilling, si può leggere che nella S. G. R., nella maggior parte dei casi positivi, si può fare la lettura già dopo due o quattro ore di termostato a 37°. E se Stilling e Sachs non hanno insistito di raccomandare questa lettura precoce nella pratica l'hanno fatto, perchè questa reazione non è specifica.

Dold ricordando che in fondo tutte le reazioni sierologiche sono basate sopra un meccanismo comune e che la differenza risiede, nelle diverse tecniche, nel variare i rapporti quantitativi dei sieri e degli estratti, sostiene che la sua reazione è nettamente originale perchè con essa egli è riuscito a studiare gli intorbidamenti che traducono gli stadi intermedi tra la fissazione di complemento nella W. R. che, secondo le nuove vedute, allontanantesi sempre più dalla teoria immunitaria di Erlich, rappresenta la microprecipitazione visibile mediante il sistema emolitico, e la macroprecipitazione che si ha nelle reazioni di flocculazione.

Di più Dold sostiene che la lettura precoce, in anticipo cioè alla comparsa dei flocculi e l'introduzione del controllo al formolo, metodo nettamente scientifico basato sulla proprietà che ha la formalina di impedire per azione disidratante la formazione dei flocculi dovuti, secondo Niederhoff e Dold, alla riunione e al gonfiamento dei grani colloidali, sono proprio sue, e l'una e l'altra in vero di grande importanza pratica e scientifica.

La polemica Sachs-Georgi e Dold doveva spingere diversi autori a studiare la nuova reazione che dalla quasi totalità di essi fu ritenuta una reazione importante e del tutto originale anche se davvero sotto certi aspetti abbia molta rassomiglianza con la S.G.R.

Sino ad oggi gli autori che si sono occupati della D. R. sono stati Kiefer, Jacobson, Poehlmann, Ziskoven-Hedwig, Zieler, Gutfel, Strempel, Bonacorsi, Pancotto, Keining, Messerschmidt, Keining e Werner, Esch e Wieloch, Höllander, Fortig, Schneider, Haeden, Winkler, Artom, Dzinban, Gornaz dei quali quasi tutti arrivano a conclusioni favorevoli alla D. R.

TECNICA DELLA REAZIONE DI DOLD. — La D. R. è di una tecnica semplicissima, però per quanto semplicissima occorre lunga esperienza e grande precisione per ottenere da essa buoni risultati. Descriverò perciò minutamente la tecnica soffermandomi di più su quelle condizioni che nel corso delle mie ricerche ho riscontrate necessarie per il buon esito della reazione.

A coagulazione finita il siero in esame deve essere subito prelevato ed esaminato piuttosto rapidamente; al massimo dopo qualche giorno. Se ciò non è possibile il siero non deve essere lasciato alla temperatura ambiente ed alla luce, ma messo in ghiacciaia ed esaminarsi sempre prima che sieno passati diversi giorni potendo in tal caso aversi reazioni aspecifiche.

Il siero deve essere limpido. Quello torbido, chiloso, biliare o troppo emolitico è da rigettare. Per ovviare a tutti questi inconvenienti è necessario prelevare il sangue a digiuno e con molta cura.

I sieri devono essere inattivati. La D. R. eseguita con i sieri attivi dà spesso risultati aspecifici. La temperatura più adatta è quella di 55°-56° e della durata di 30 m'. Il siero inattivato deve rimanere a temperatura ambiente almeno 30 m'. perchè, secondo alcuni autori, se viene adoperato subito dopo la inattivazione dà più facilmente reazioni aspecifiche.

Le provettine da reazione devono essere pulitissime e sterili. Di esse occorre un numero doppio del numero dei sieri in esame e che si dispone in un portaprovette a doppia fila. Occorre anche una provettina per il controllo dell'estratto e si aggiungono per sicurezza maggiore due provettine per un siero sicuramente luetico e due per un siero normale.

A posto le provettine, con pipette graduate ad 1/10 di cmc. si versano cmc. 0,4 di siero tanto nella provetta anteriore quanto in quella posteriore.

Per l'antigene ci si serve tanto dell'antigene di Sachs-Georgi della casa Behringwerke Marburg quanto di quello proprio per la reazione di Dold della stessa casa.

Io ho adoperato l'uno e l'altro senza avere mai risultati disparati.

L'antigene va diluito a 1:11 con soluzione fisiologica al 0,85 % fresca, sterile, filtrata e preparata con acqua distillata. Usando soluzione fisiologica vecchia si rischia di avere autointorbidamento. La preparazione della diluizione è delicatissima e richiede la massima cautela.

In un cilindro graduato si versa 1 parte di antigene e subito dopo 1 parte di soluzione fisiologica. Si agita. Si attende qualche minuto e poi si aggiungono altre 9 parti di soluzione fisiologica avendo l'accortezza di farle scorrere lungo

la parte del cilindro. Si agita il tutto dapprima leggermente poi forte.

Si ottiene così un liquido leggermente opalino e trasparente.

Il liquido controllo è rappresentato da una diluizione 1:11 di alcool a 95° che si prepara in un altro cilindro.

Pronte per l'uso la diluizione dell'antigene e quella alcoolica si versano cmc. 2 della prima in ciascuna delle provette anteriori e cmc. 2 della seconda diluizione, cioè dell'alcoolica, in ciascuna delle provette posteriori. Nella provetta di controllo per l'estratto a cmc. 0,4 di antigene si aggiungono cmc. 2 di acqua distillata. Si agitano tutte le provette leggermente e si mettono in termostato a 37° per due ore. Passato questo tempo si tolgono e si lasciano per altre due ore a temperatura ambiente per procedere poi alla lettura.

Per la lettura se l'intorbidamento è massimo, la reazione è fortemente positiva e si traduce con + + +; se è medio la reazione è positiva e si traduce con + +; se è leggero la reazione è debolmente positiva e si traduce con +; se la prova resta limpida come il controllo la reazione è negativa e si traduce con —.

MODIFICAZIONE DI DOLD ALLA TECNICA DELLA REAZIONE. — Il sopradescritto metodo fu il primo proposto dal Dold ma perchè i tubi controlli, adoperando la soluzione idroalcoolica, appaiono sempre più limpidi dei tubi di prova, anche se negativi, la lettura si rende difficilissima e devesi allora attendere che passino le 24 ore per ricorrere alla lettura della flocculazione a volte non visibile se non con l'agglutinoscopio.

In tal caso però si viene a perdere una delle principali elettività della D. R. quella cioè della lettura precoce per la quale fu proposta dal Dold.

Dold comprese tutto ciò e modificò la sua reazione. Abolì la soluzione idroalcoolica e si servì dell'antigene diluito 1:11 anche per il controllo, soltanto che prima di versare i 2 cmc. di soluzione di antigene Dold nel controllo versava una o due goccie di formalina al 35 % diluita al terzo con soluzione fisiologica.

Con l'aggiunta della formalina Dold impediva l'intorbidamento, ma nell'istesso tempo la miscela prendeva quella opalescenza limpida che è propria dei sieri negativi + antigene.

Personalmente ho provato per i primi 100 sieri esaminati l'uno e l'altro metodo ed in verità ho dovuto abbandonare il primo non ritenendolo pratico per il rendersi la lettura di difficile interpretazione.

VALORE DELLA REAZIONE DI DOLD. — Quale è il valore della reazione di Dold?

Per rispondere a questa domanda ho praticato la D. R. contemporaneamente alla W. R. e alla M. T. R. su 500 sieri così raggruppati:

I gruppo: sieri di individui affetti da sifilide primaria;

II gruppo: sieri di individui affetti da sifilide secondaria;

III gruppo: sieri di individui affetti da sifilide terziaria;

IV gruppo: sieri di individui affetti da sifilide ereditaria;

V gruppo: sieri di individui che presentavano il tubercolo del Carabelli;

VI gruppo: sieri di individui affetti da malattie diverse e che avevano dato W. R. e M. T. R. negative;

VII gruppo: sieri di donne incinte e di puerpere.

I GRUPPO. — 25 sieri. La reazione di Dold è riuscita positiva 12 volte come la M. T. R. dando così una percentuale del 52 %. La W. R. ha risposto positivamente in 15 sieri con una percentuale quindi del 60 %.

In base ai sieri esaminati, quantunque pochi, sembra che la D. R. e con essa la M. T. R. si manifesti più tardi che la R. W.

II GRUPPO. — 165 sieri: 139 appartenenti a sifilide secondaria florida, 26 a sifilide latente. La D. R. nella sifilide secondaria è stata positiva 129 volte dando una percentuale del 93,3 % mentre la W. R. è stata positiva 137 volte (98,7 %) e la M. T. R. 134 volte (96,9 %). Nei 26 sieri della sifilide latente la D. R. è stata nettamente positiva in tutti e 26 i sieri come la M. T. R., mentre la W. R. è stata 5 volte negativa, 9 volte ha dato semplici ritardi e in tutti gli altri una leggera positività. Così mentre la D. R. nelle sifilidi secondarie si è dimostrata inferiore alla W. R., nelle sifilidi latenti è di una sensibilità tale da spingere il sierologo ed il medico pratico ad eseguirla per la sua importanza pratica accanto alla W. R.

III GRUPPO. — 23 sieri. Nella sifilide terziaria in atto la reazione di Dold è stata positiva così spesso come la Wassermann e la reazione di Meinicke. Su 23 sieri esaminati 19 hanno dato positive tutte e tre le reazioni (82,6 %).

IV GRUPPO. — Su 21 sieri appartenenti ad eredoluetici 17 hanno risposto con W. R. e M. T. R. leggermente positive (80,9 %) e 19 con D. R. positiva netta (90,9 %). Ha risposto quindi con una maggiore sensibilità.

V GRUPPO. — 57 sieri di individui che presentavano il tubercolo del Carabelli, dal Sabouraud

ritenuto come segno certo di eredo-lue. Con la W. R. 54 sieri hanno risposto negativamente e 3 sieri hanno dato reazione leggermente positiva. La M. T. R. tre positività e quattro la D. R.

Siccome nelle tre reazioni la rispondenza non si è avuta, ho creduto opportuno tracciare uno specchietto dal quale

N.	Cognome e nome	Diagnosi	W. R.	M. T. R.	D. R.
1	D'A. Bertina	Alopecia aerata T. Carabelli.	+ +	—	—
2	A. Michele	Tubercolo del Carabelli.	—	+	+ + +
3	B. Assunta	Tubercolo del Carabelli.	—	+ + +	+ + +
4	R. Leonina	Vitiligine T. Carabelli.	—	+ +	+ + +
5	D'A. Ernesta	Tubercolo del Carabelli.	+ —	—	—
6	B. Bianca	Tubercolo del Carabelli.	—	—	+ +
7	T. Corrado	Tubercolo del Carabelli.	+ —	—	—

si vede come la W. R. ha dato tre leggere positività ai nn. 1-5-7 quando la D. R. e la M. T. R. hanno risposto negativamente. Ai nn. 2-3-4 la M. T. R. e la D. R. sono state positive. Al n. 6 solo la D. R. ha dato positività. Ora se il tubercolo del Carabelli devesi considerare con il Sabouraud come segno certo di eredo-lue le due reazioni di intorbidamento si sono dimostrate decisamente superiori alla prova di deviazione e la D. R. più che la M. T. R. Se invece ogni valore deve essere tolto al tubercolo del Carabelli, come vogliono Hozer, Chenet, Galipe, Jeanselme e Pauthier, che della quistione si sono occupati, su 57 sieri si sono avute quattro D. R. e tre M. T. R. aspecifiche.

VI GRUPPO. — 180 sieri. Tutti avevano dato Wassermann e Meinicke negative. Ho voluto su di essi praticare la D. R. come controllo. Per vedere poi se essa rispondeva aspecificamente, seguendola ad una settimana e più di distanza dal prelevamento di sangue, ho praticato a tale distanza la D. R. in più della metà dei suddetti sieri. La reazione ha risposto negativamente 171 volte. In 9 volte ha dato un leggero intorbidamento non seguito da flocculi e in quei sieri in cui la D. R. era stata eseguita in ritardo. Reazioni quindi aspecifiche con una percentuale del 5 %. Aspecificità che stanno per la necessità di praticare la D. R. su sieri freschi.

VII GRUPPO. — 40 sieri di donne gravide, partorienti e puerpere per vedere se con essi, come vogliono Esch e Wieloch, si ha un'alta percentuale di reazioni aspecifiche. Quattro sieri hanno dato W. R. e D. R. nettamente positive perchè appartenenti a donne affette da lue; altri quattro hanno risposto con W. R. negativa e con D. R. leggermente positive. Questi ultimi appartengono a donne sane, quindi la D. R. ha risposto effettivamente con una aspecificità che raggiunge la percentuale dell'11,1 %.

VIII GRUPPO. — 30 sieri. Ho praticato infine la D. R. su 30 sieri chilosi o fortemente emolitici. La lettura è stata difficilissima se non impossibile.

CONCLUSIONI.

Tolti i 30 sieri chilosi ed emolitici su 500 sieri si è avuto un risultato identico 464 volte con una concordanza del 92,8 % fra le tre reazioni.

Da ciò risulta evidente come la reazione di Dold è una reazione che può benissimo entrare nella pratica accanto alle altre reazioni di flocculazione (Sachs-Georgi e Meinicke III) ed intorbidamento (M. T. R.) che in tutti i laboratorii di sierologia sono oramai praticate a controllo della W. R.

La D. R. presenta una specificità sufficiente; supera in sensibilità la W. R. nel periodo di sifilide latente; se tecnicamente seguìta e con tutti gli accorgimenti citati, essa è di estrema facilità e può essere praticata in qualsiasi laboratorio anche modestissimo; confrontata con la Sachs-Georgi non ha risposto se non con poche divergenze piuttosto a vantaggio e perchè la D. R. è reazione di intorbidamento e di flocculazione insieme, io sono del parere di Pohlemann Jacobson Strempel e Dzinban i quali ritengono che se a controllo della W. R. devesi eseguire una delle due reazioni, è da preferire la D. R.

È però da ricordare a svantaggio della D. R. che essa può dare delle reazioni aspecifiche se eseguita a parecchi giorni di distanza dal prelevamento dei sieri; sibbene tale raccomandazione è per tutte le reazioni; che non può assolutamente praticarsi su sieri chilosi, itterici od emolitici; che con sieri di donne incinte o puerpere può dare reazioni aspecifiche, ciò che può aversi però anche con le altre reazioni compresa la W. R.; che occorre un quantitativo di siero (0,8) maggiore che non per la W. R. e la Sachs-Georgi; che infine come reazione di intorbidamento non è affatto superiore alla M. T. R. sia perchè la M. T. R. è maggiormente sensibile e di più facile lettura, sia perchè, se si è detto e si è raccomandato di leggere la M. T. R., dopo 24 ore, è certo che con un po' di pratica la lettura della M. T. R. può farsi — senza tema di errare — non soltanto dopo 4 ore, come nella D. R., ma dopo pochi minuti. Di più la M. T. R.

facilmente eseguibile come la D. R. ha vantaggio pratico di non avere bisogno di termostato ma di un semplice bagno-maria, quindi davvero alla portata di qualsiasi medico pratico che, lontano dai grandi centri, voglia ai dati clinici aggiungere anche un dato di laboratorio, certo e sicuro come quello dato dalla W. R. quando la M. T. R. a controlli perfetti risponda con un intenso intorbidamento.

Così pure essendo la D. R. una buona reazione di intorbidamento e di flocculazione non è da preferirsi alla M. T. R. e se nelle cliniche e nei grandi laboratorii, come nella nostra clinica, accanto alla W. R. oltre alla H. R., alla M. T. R. e alla S. G. R. voglia anche praticarsi la D. R. perchè tutte queste reazioni si completino e si controllino con un massimo di certezza scientifica, nei piccoli laboratorii, nell'impossibilità assoluta di praticare la W. R. dovendosi assolutamente ricorrere ad una delle reazioni di flocculazione o di intorbidamento è bene di preferire la M. T. R.

BIBLIOGRAFIA.

1. DOLD. Med. klin., n. 31, s. 940-942, 1921.
2. ID. Deut. med. Woch., n. 43, 1921.
3. ID. Med. klin., n. 51, 1921.
4. ID. Arb. ans. d. Inst. f. Exp. Ther., n. 14, 1921.
5. ID. SACHS-GEORGI. Med. klin., n. 27, 1922.
6. ID. Med. klin., n. 12, 1923.
7. DOLD. Med. klin., n. 7, 1922.
8. ID. Ibid., n. 45, 1922.
9. ID. Deutsche med. Woch., n. 8, 1922.
10. ID. Ibid., n. 24, 1922.
11. ID. Med. klin., n. 12, 1923.
12. KIEFER. Münch. med. Woch., n. 46, 1922.
13. POELMANN. Dermatol. Univ. Klin. u. Polikl., 1921; Münch. med. Woch., n. 42, 1921.
14. JACOBSON. Dermatol. Wochenschr., Bd. 74, n. 21, 1922.
15. ZISKOVEN-HEDWIG. Med. klin., n. 42, 1922.
16. ZIEGLER. Munsch. med. Woch., n. 14, 1922.
17. ID. Zentralblatt, 4, 175-450-460-511.
18. GUTFELD und PRAG. Med. klin., n. 43, 1922.
19. STREMPEL. Munch. med. Woch., n. 3, 1922.
20. ID. Dermat. Zeitschr., 1923.
21. BONACORSI. Giornale di clin. med., n. 9, 1922.
22. PANCOTTO. Ibid., 1922.
23. KEINING. Microbiologentag Würzb., 1922.
24. MESSERSCHMIDT. Ibid., 1922.
25. KEINING e WERNER. Dermat. Zeitschr., n. 37, 1922.
26. ESCH e WIELOCH. Münch. med. Wochens., n. 25, 1922.
27. HOLLANDER. Klinisch. Woch., n. 7, 1923.
28. FORTIG. Dtsch. med. Woch., n. 6, 1923.
29. SCHNEIDER. Ibid., n. 7, 1923.
30. HOEDEN. Nederlandsch Tijdsch. V. geneeschr., n. 7, 1923.
31. WINKLER. Mediz. klin., n. 51, 1921.
32. ARTOM. Società italiana di derm. e sifil., 1924, pag. 192.
33. DZINBAN. Cekà Dermatoolgie, 1922.
34. SPINKA. The Brit. Journal of Dermatol. and Syphilis, 1923.
35. CORNAZ. Annales des maladies vén., n. 7, 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE di CARRARA
diretto dal dott. G. BUFALINI.

Su due casi di sutura del cuore per ferita da taglio operati circa 20 anni or sono.

Dott. E. CECCHINI, 1° assist. alla Sez. med.

Dei tre individui operati, circa 20 anni or sono, dal primario chirurgo dott. G. Bufalini, di sutura del cuore, sono riuscito a rintracciarne uno solo; degli altri due uno è morto, pare, per tubercolosi, l'altro è lontano da Carrara per ragioni di lavoro.

Mi è sembrato non privo di interesse l'esame della funzionalità cardiaca in un individuo sottoposto a così grave operazione.

Si tratta del caricatore di marmi S. C., di anni 44, da Carrara. Gentilizio negativo. Il S. riferisce di non essere mai stato ammalato. Nell'ottobre dell'anno 1907, eccitato dal vino, venne a diverbio col padre che lo colpì al petto con un acuto coltello. Non intese molto dolore, ma vedendo che dalla ferita usciva del sangue, benchè in scarsa quantità, si rifugiò presso ad una famiglia distante una trentina di passi. Rimase svenuto per circa un'ora. La P. A. lo portò all'Ospedale alle ore 23. Qui fu subito visitato dal direttore dott. G. Bufalini, che riscontrò una ferita a margini netti, di un centimetro e mezzo di larghezza, situata sulla parasternale sinistra, nel quarto spazio intercostale. La mancanza delle pulsazioni alle radiali, i battiti del cuore oscuri e lontani, irregolari fecero diagnosticare al chirurgo l'esistenza di una ferita del cuore. Fu sottoposto subito alla cloroformizzazione ed operato.

Allargata in alto ed in basso la ferita per circa 10 cm., lo sterno apparve perforato dal coltello. Allora, dopo aver sollevato il periostio, il chirurgo ampliò la ferita stessa dello sterno asportandone successivamente tutta la metà sinistra, per l'altezza di cinque o sei centimetri.

La terza e la quarta costa persero così la loro inserzione sternale di modo che, per mettere allo scoperto la regione del pericardio, bastò incidere i tessuti del 3° spazio intercostale e divaricare poi le coste. Fu così possibile riscontrare sul pericardio una ferita penetrante che, ampliata in alto ed in basso, lasciò fuoriuscire grande quantità di sangue. Dopo non lievi difficoltà il chirurgo precisò sul ventricolo destro, nella faccia anteriore, una ferita di un centimetro e mezzo, dalla quale ad ogni sistole usciva uno schizzo di sangue. Con sei punti di seta fu suturata la ferita del miocardio, successivamente quella del pericardio e della cute in modo però che attraverso a queste due ultime fosse possibile far passare un drenaggio. Anche dopo l'operazione, benchè compiuta in circa quindici minuti, le condizioni cardiache rimasero allarmanti tanto che fu necessaria una fleboolisi di 1500 cc. di siero fisiologico. Per qualche giorno il polso continuò ad essere irregolare e frequente (130 pulsazioni al minuto), ma successivamente migliorò.

Il ferito rimase a letto ancora per venti giorni; uscì dall'ospedale il 16 novembre.

All'uscita dall'ospedale, cioè circa dopo un mese dall'operazione, in corrispondenza della ferita chirurgica si era già formato tessuto duro, resistente alla pressione del dito. Per qualche tempo rimase all'operato lieve affanno ad ogni sforzo, specialmente nel salire le scale; poi riprese le sue abitudini ordinarie di vita, astenendosi però dal lavoro, senza disturbo di sorta. Dopo cinque mesi dall'operazione potè fare una gita sulle cave. Dopo circa undici mesi di riposo riprese il suo faticoso lavoro di caricatore di marmi alla Ferrovia Marmifera. Otto anni dopo l'operazione ammalò di polmonite che ebbe decorso regolare e convalescenza rapida. È stato per qualche anno con un certo riguardo nel mangiare e nel bere. In questi ultimi tempi invece mangia e beve fortemente.

Allo stato attuale, dopo 17 anni dall'operazione, si presenta in ottime condizioni generali di nutrizione e di sanguificazione. Nulla di notevole all'apparato respiratorio.

App. circolatorio. All'ispezione della regione precordiale, sulla parasternale sinistra, notasi un'escavazione rotondeggiante, della grandezza di una noce, con un bordo interno che arriva sin quasi sulla linea mediana dello sterno e con il bordo esterno delimitato da tessuto duro e resistente che abbraccia l'estremità della 3ª e 4ª costa e si unisce superiormente ed inferiormente allo sterno. Tutto il fondo di questa piccola depressione è perfettamente uniforme e regolare formato da tessuto duro e resistente alla pressione. Solamente in una piccola parte della depressione, nella parte più declive di essa, notasi la trasmissione dei movimenti del cuore, cioè un rientramento durante la sistole ed un sollevamento durante la diastole. Indice questo della sinechia del pericardio con la parete toracica, proprio in quel punto lasciato libero per il passaggio dello zaffo di garza.

Con la palpazione maggiormente si avvertono i moti sopra descritti. Una cicatrice lineare, appianata, regolare, si continua in alto alla depressione arrivando sino alla terza costa, un'altra arriva alla base dell'apofisi ensiforme. Una terza cicatrice anch'essa lineare lungo il terzo spazio intercostale raggiunge all'esterno quasi la linea mammillare. Due dita all'interno del capezzolo si vede e si palpa l'ictus della punta. L'ottusità assoluta del cuore occupa i limiti normali.

All'ascoltazione i toni appaiono puri e netti sopra tutti i focolai ad eccezione del 2º tono sull'aorta, che è leggermente rinforzato.

Il ritmo cardiaco è perfettamente regolare: nessun rumore, nessuna impurità si ascoltano sulla regione cardiaca. L'ascoltazione sul punto della fossetta a cui vengono trasmessi i moti del cuore ci fa sentire i toni ancora più chiaramente, ma senza alterazioni di sorta. Polso alle radiali, di circa 80 battute, ritmico, pieno, rivelante l'impulso energico del cuore. La pressione omerale presa collo sfigmanometro del Riva-Rocci a fascia larga è risultata uguale per la massima a 120 mmkg.; còl Pachon, con bracciale modificato dal dottor Gallaverdin (bracciale a doppia tasca) la pressione massima è risultata uguale a 130 e la minima a 70, con un indice oscillometrico ampio e regolare (sei divisioni del quadrante). Queste cifre, unite alla pressione differenziale, ci indicano la perfetta funzionalità del cuore e del circolo sanguigno confermata ancor più dalle seguenti prove. Dalla posizione supina a quella eretta il polso aumenta di 10 battute; dopo uno sforzo muscolare le pulsazioni sono arrivate a 102, per ritornare normali solo dopo due minuti.

Con la prova di Katgenstein la pressione omerale misurata col Pachon è salita per la Mx, a 140, rimanendo però il polso costante.

La funzione dell'apparato digerente è ottima.

Il fegato col suo limite superiore raggiunge la sesta costa, inferiormente non deborda dall'arco costale. La palpazione profonda non risveglia nessuna dolenzia.

Neanche dopo giornate di faticoso lavoro nessun senso di molestia avverte il paziente all'ipocondrio destro.

La milza è nei limiti normali.

Dall'esame del S. due fatti risultano evidenti: la ricostituzione ottima della parete toracica e la perfetta funzionalità del cuore sottoposto a così grave operazione.

Dall'ampia demolizione fatta per aprire lo spazio necessario per l'operazione era da aspettarsi una deficienza della ricostituzione della regione cardiaca, grave di per sè stessa, per la deformazione toracica, per la meccanica respiratoria e per la resistenza ben scarsa della regione, così vitale, ai traumi esterni. Invece, eccetto la piccola depressione descritta, non è rimasta nessuna alterazione della conformazione del torace, come pure si è ottimamente ricostituita la resistenza della regione, per la formazione di nuovo tessuto duro e protettivo. Ciò conferma l'efficacia del metodo operatorio adoperato dal chirurgo, metodo molto semplice e rapido, che permette di intervenire sopra ogni parte del cuore in 15 o 20 minuti.

Il ripristino perfetto della funzionalità del cuore, tanto da permettere al S. un così faticoso lavoro, dimostra come il miocardio nulla abbia risentito della ferita lunga un centimetro e mezzo e della sutura successiva per mezzo di sei punti di seta dati durante la funzionalità disordinata del cuore stesso.

Collo stesso metodo fu operato l'altro ferito: certo Trivelli Umberto che aveva 27 anni e che ora ne ha 44. Egli pure era stato ferito con arma da taglio nel ventricolo destro, ferita che era penetrante nella cavità del ventricolo stesso e che era stata chiusa con 10 punti di sutura. Come sopra ho detto non mi è stato possibile rivedere ora il Trivelli, ma so in modo sicuro che gode ottima salute e che a Roma esercita il faticoso mestiere di bracciante.

Mi è parso non privo di interesse il dare notizia, a così grande distanza, di questi due operati, notizie che depongono per la bontà del metodo seguito dall'operatore.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI BELLUNO
Reparto Medico, diretto dal dott. F. CERVELLINI.

Contributo alla cura della anemia perniciosa col raschiamento del midollo osseo

per il dott. VITTORE VALDUGA, assistente.

La storia che brevemente riferirò è quella di un ammalato di anemia perniciosa progressiva, accolto nel Reparto Medico di questo Ospedale il 10 settembre 1924.

È un uomo di 49 anni, nativo di Limana (Belluno), ma che da parecchi anni si trovava a lavorare in qualità di fabbro in un paese dell'America del Nord.

Nell'anamnesi famigliare nulla si rileva d'importante. Poco vi è anche nell'anamnesi patologica remota, tranne, forse, il dato che da bambino andava soggetto a facili turbe dell'app. digerente, disturbi non ben definibili, certo di lieve entità. Godette nel complesso buona salute nonostante fosse un forte bevitore di vino e di liquori. Ma circa tre anni fa, il paziente si trovava allora in America, cominciò ad avvertire un progressivo scadimento nelle forze: l'appetito, per l'innanzi ottimo, scomparve; si andò manifestando un forte pallore della cute e delle mucose. Da questo momento trascorse la sua vita in parte peregrinando in vari Ospedali d'America e, ultimamente, anche d'Italia, in parte a casa propria, sottoponendosi alle più svariate cure, da quelle comuni a base di preparati ferruginosi a quelle delle trasfusioni sanguigne e del sole di Alta Montagna. Tutto ciò non valse ad arrestare il fatale corso della malattia, tanto che al momento dell'ingresso in questo Ospedale il grado di miastenia era tale che con gran fatica poteva muovere qualche passo appena; ogni piccolo sforzo gli procurava penosa ambascia respiratoria; si lamentava di estrema debolezza, di completa anoressia: bastava che rimanesse in piedi anche per poco tempo che tosto le gambe si facevano edematose: aveva costantemente senso di vertigine: due volte ebbe epistassi.

L'e. o. dimostrava: stato di nutrizione scadentissimo; cute estremamente pallida; mucose esangui. A carico dell'app. circolatorio si riscontrava un lieve aumento dell'aia cardiaca e precisamente di quella parte che è data dal v. destro: su tutti i focolai il 1° tono era sostituito da un soffio intenso.

Nulla a carico dell'app. respiratorio: nulla a carico dell'app. digerente tranne un ingrandimento del fegato che arriva col suo bordo inferiore a 3 dita trasverse sotto l'arco costale: anche la milza si palpava nettamente e plessicamente risultava ingrandita. App. osseo integro: la pressione sulle ossa non era dolente.

Un esame del sangue dimostrò un alto grado di poichilocitosi, di macro- e micro-citosi, una forte riduzione dei globuli rossi che arrivavano appena a 1,050,000 per mmc.; diminuzione anche di gl. bianchi e cioè 4200 per mmc.; si aveva il 23 % di emoglobina; il valore globulare risultò essere uguale a 1,09.

La formula leucocitaria dimostrò una notevole diminuzione di polinucleari (49 %) e un aumento dei linfociti (51 %).

Un esame del fondo oculare, eseguito dal primario del rep. oculistico di questo Ospedale, dott. G. Ferrari, dimostrò una retina estremamente anemica e, lungo il decorso dei vasi venosi, numerose chiazze emorragiche più estese nella zona peripapillare. Di fronte a questo quadro morboso, cioè di una anemia iniziata tre anni fa e che nonostante tutte le cure era andata lentamente ma inesorabilmente aggravandosi insieme al decadere delle condizioni generali, e ciò senza che l'ammalato presentasse nessun'altra alterazione sufficiente a spiegare questo stato, il concetto diagnostico veniva ad orientarsi verso quella forma di anemia essenziale detta perniciosa progressiva o del Biermer, anemia sulla cui patogenesi se tante sono le teorie emesse per spiegarla, altrettanto oscura ci appare ancora oggi la vera natura. Pur tuttavia se parecchi erano i dati che potevano giustificare questa diagnosi, era d'altra parte doveroso approfondire maggiormente le ricerche diagnostiche per escludere in modo assoluto che potesse trattarsi di una grave forma di anemia secondaria. Una anemia di così alto grado poteva infatti essere data: 1° da parassiti intestinali (anchilostoma, botriocefalo); 2° da una neoplasia maligna; 3° dalla lues.

Ripetuti ed accurati esami delle feci fecero escludere la prima ipotesi.

A favore della 2ª ipotesi stava il fatto che l'ammalato al momento dell'ingresso in questo Ospedale presentava disturbi gastrici come: vomito, anoressia, ecc., ma questi disturbi sono propri anche all'a. perniciosa progressiva e poi l'anemia ebbe inizio tre anni fa mentre un neoplasma maligno raramente ha una durata così lunga. A maggior tranquillità venne eseguito un esame radiografico del tubo digerente che riuscì completamente negativo.

Quanto alla 3ª ipotesi, la lues, oltre il fatto che l'amm. non presentava nè presentò mai altri sintomi di infezione luetica, la R. W. fu decisamente negativa.

In base a questi dati negativi ed a quelli positivi forniti dall'e. o., dal reperto ematico (val. glob. sup. a 1), dal fondo oculare, non appariva dubbia la diagnosi di anemia perniciosa progressiva.

Ho detto che tutte le più svariate risorse terapeutiche della medicina, applicate da coloro che avevano precedentemente curato il malato, si erano dimostrate inefficaci: pure inefficace fu un mese di cura con preparati arsenicali e ferruginosi eseguito nel Rep. Medico di questo Ospedale. Il primario del Rep. pensò quindi che fosse il caso di domandare ai mezzi chirurgici un aiuto nel trattamento.

Si sa che le operazioni tentate finora nella cura dell'anemia perniciosa sono: le trasfusioni sanguigne; la splenectomia, l'ano preternaturale, il raschiamento del midollo osseo. Le trasfusioni sanguigne sono usate correntemente nelle cure dell'a. p. specialmente dai medici nord-americani; ma è noto che la loro efficacia è buona ma transitoria ed è poi un trattamento che non si può continuare indefinitamente.

La splenectomia, proposta da Eppinger e De Castello, è operazione gravissima in malati ridotti in condizioni precarie di resistenza, e nei casi in cui gli operati hanno sopravvissuto all'intervento non ha dimostrato una influenza decisiva nel trattamento della malattia.

L'ano preternaturale praticato sull'ultima ansa dell'ileo o sul cieco è stato proposto ed eseguito da Seyderhelm di Gottinga in base alla concezione di coloro (Kund, Faber, Tallqist...) che attribuiscono all'a. p. una origine tossico-intestinale. I risultati finora ottenuti non sono tali da persuaderci della razionalità e della efficacia di tale operazione. Sceland ha riferito recentemente (1923) su 4 casi di a. p. così trattati e nei quali avrebbe ottenuto 2 insuccessi e 2 miglioramenti transitori.

Il raschiamento del midollo osseo, in quanto rappresenta un intervento diretto alla sede stessa del processo di sanguificazione, sembrerebbe avere un carattere di minore empirismo. Esso fu proposto da Walterhöfer ed eseguito da Schramm nel 1921 nella Clinica di Bier a Berlino. Walterhöfer e Schramm sono poi tornati sull'argomento in varie pubblicazioni. La loro casistica era fino al 1924 di 23 malati così curati: si ebbe miglioramento notevole (essi non parlano di guarigione definitiva) nel 37% dei casi: alcuni vivevano in discrete condizioni 2 anni dopo l'operazione. Se all'intervento chirurgico si aggiunge la cura medica intensiva, la percentuale del forte miglioramento raggiunge il 48%.

Alla 57ª Riunione dei Chirurghi del Basso Reno (4 novembre 1924) l'argomento fu discusso a proposito di una comunicazione di Nehrkorn; questi (che per il primo aveva nel 1911 eseguito lo scucchiaiamento del midollo in un caso di vivi dolori da eburneazione ossea) riferì su 3 casi di a. p. recentemente operati con forte miglioramento. Moll aggiunse un caso in cui eseguì il raschiamento del midollo d'un femore (nel resoconto non è riferito l'esito).

L'ablazione del midollo osseo delle principali ossa lunghe sarebbe seguito da una rigenerazione del midollo con caratteri anatomici e fisiologici più vicini alla norma: inoltre sembrerebbe che l'aggiungersi della terapia medica nel periodo della reazione emopoietica che segue l'intervento, accentui ulteriormente il miglioramento come se l'operazione avesse risvegliato la facoltà di reagire dell'organismo. Circa l'influenza di un intervento locale sull'intero sistema emopoietico malato si cita l'analogia con il morbo di Basedow nel quale all'asportazione di una parte della tiroide malata spesso segue la guarigione del processo patologico che ha colpito tutto l'organo.

Fu appunto in base ai dati ed alle considerazioni sopra esposte che il primario del Reparto Medico decise di sottoporre questo malato al trattamento chirurgico secondo Walterhöfer. L'operazione venne infatti eseguita dal prof. G. Pieri, primario del Reparto Chirurgico, il 15 ottobre 1924, segnando così in Italia, per quanto mi risulti, il primo caso di a. p. trattato con il raschiamento del midollo osseo.

Un esame del sangue praticato il giorno prima dell'operazione aveva dato: 1.070.000 di gl. rossi; 4.200 di gl. bianchi; 28 % di emoglobina: v. gl. 1,09. La formula leucocitaria dava un aumento dei linfociti e una diminuzione dei polinucleari.

Date le condizioni estremamente gravi dell'ammalato l'operazione venne limitata a un solo osso e precisamente al femore di destra, col proposito di completarla tosto che le condizioni del paziente lo avessero permesso.

L'operazione è così riferita nella storia clinica del Reparto Chirurgico

Anestesia lombare (stovaina gr. 0,07).

Incisione verticale, lunga circa 5 cm., sulla faccia mediale del condilo femorale interno di destra. Si incide sulla stessa linea del taglio cutaneo il periostio e si distacca dalla corticale. In questa, mediante una grossa sgorbia, si pratica un foro del diametro di circa 2 cm. attraverso il quale con il cucchiaio di Volkmann si raschia il midollo della epifisi inferiore femorale e della adiacente metafisi. Altra incisione verticale nella regione trocanterica, distacco del periostio, apertura della corticale colla sgorbia, scucchiaiamento della epifisi femorale superiore (compreso il collo femorale). Quindi con lunghi cucchiai da raschiamento uterino, attraverso le due aperture praticate nella corticale femorale, si raschia, convergendo, il midollo della diafisi.

Sutura con punti staccati di catgut delle due incisioni periostali e con punti staccati di seta delle incisioni cutanee.

Il decorso delle ferite fu normale; al 7° giorno dall'operazione furono tolti i punti.

Ma il malato sopportò male l'operazione: ebbe un periodo postoperatorio travagliato da intensi dolori gravativi che dal femore si irradiavano a tutto l'arto inferiore di destra. Però già dopo 10-15 giorni si cominciò a notare una leggera tinta rosea agli zigomi, al letto ungueale, al padiglione delle orecchie.

Cominciò a rimanere alzato e a camminare qualche ora nella giornata senza risentirne grande stanchezza. Vi era, insomma, un evidente miglioramento obiettivo e subiettivo. Ma dove decisa apparve l'azione benefica dell'intervento operatorio fu sulla crasi sanguigna.

Il 16 novembre, cioè precisamente un mese dopo l'operazione, venne praticato un nuovo esame del sangue: già macroscopicamente il sangue che fluiva dalla puntura del dito presentava un bel colorito rosso intenso, ben differente da quello di un mese prima, giallastro.

Anche il potere coagulante apparve aumentato. L'esame microscopico dimostrò: gl. rossi 1.330.000 in contrapposto al 1.070.000 di un mese prima; emoglobina 45 % anzichè 28 %; val. glob. 1,6 in confronto a 1,09 di prima.

Vi era quindi un indiscutibile e cospicuo miglioramento nella costituzione del sangue; specialmente notevole l'aumento della emoglobina che raggiunse quasi il doppio: e che ciò debba essere in diretta relazione con l'operazione praticata non mi sembra doverne dubitare quando si pensi che un mese di intensa cura medica non aveva sortito alcun effetto.

Il risultato invogliava al completamento della operazione ma disgraziatamente ciò non fu possibile poichè vi si oppose la volontà dell'ammalato il quale, di carattere un poco bisbetico, pur riconoscendo il miglioramento ottenuto, affermava di paventare i dolori del periodo postoperatorio. Venne dimesso perciò il 26 novembre 1924.

Le notizie ricevute al momento della estensione della presente nota (febbraio 1925) mi informano che il periodo di miglioramento del malato è durato fino al mese di gennaio, quando si è avuta una recidiva di tutti i sintomi preesistenti alla operazione.

Io non ritengo che questo mio modesto contributo possa avere un grande valore nella questione del trattamento dell'a. p. mediante il raschiamento del midollo osseo: si tratta di un solo caso, e per di più poco decisivo, in quanto il raschiamento fu limitato ad un solo osso ed il malato, dopo l'operazione, tralasciò del tutto quella cura medica complementare che di per sè non basta al trattamento della grave malattia, ma come fattore integrante, sembra abbia un alto valore, forse decisivo. Tuttavia ho creduto opportuno pubblicare la storia clinica riferita perchè il miglioramento netto che l'operazione sembrò aver portato in un caso dimostratosi refrattario alle più svariate cure mediche, mi sembra incoraggi a tentare in altri casi tale metodo di cura chirurgica; almeno fino al giorno in cui, chiarita l'etiologia dell'a. p., saremo in grado di istituire una cura razionale e causale di questa malattia la cui gravità ben poco appare influenzata da tutti i nostri attuali presidii terapeutici.

Belluno, febbraio 1925.

BIBLIOGRAFIA.

WALTERHÖFER e SCHRAMM. Archiv für Klinische Chirurgie, CXVIII, p. 794 (1921).
ID. Archiv für Klin. Chirurgie, CXIX, p. 766 (1922).
ID. Archiv für Klin. Chirurgie, CXXV, p. 407 (1922).
ID. Acta medica scandinavica, LX, 196 (1924).
NEHRKORN. 57e Sitzung der Vereinigung Niederrheinisch. Westfälischer Chirurgen (4 novemb. 1922) Rif. in Zentralblatt für Chirurgie, L, n. 8 (24 febbraio 1923).
MOLL. Ibidem.

COMMENTI.

DALLA CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIV. DI ROMA
diretta dal prof. R. ALESSANDRI.

Per l'idea di frequenza dell'ulcera digiunale post-operatoria e per il concetto della sua patogenesi e della sua cura.

Dott. GINO BAGGIO, aiuto.

Avevo letto da pochi giorni la pubblicazione di Dogliotti e Riccio dell'Istituto di Patologia Chirurgica della R. Università di Torino « Contributo sperimentale alla conoscenza dell'ulcera del digiuno dopo gastro-entero-anastomosi » (*A. I. di Chir.*, X, VI) nella quale è scritto: « Noi, per conto nostro,... ci sentiamo autorizzati nel puro campo sperimentale, senza ricorrere al conforto *dell'infinito numero di operati in clinica umana e perfettamente guariti*, ad affermare che *usando una tecnica accurata*, nel senso di evitare inutili traumatismi, sepsi operatoria, ed abuso di materiale non riassorbibile, *si possono eseguire i più pericolosi interventi sullo stomaco del cane, escludendo e resecando, senza che si abbiano a lamentare, se non in via di pura eccezione, ulcerazioni della mucosa digiunale* »; quando mi capitò per mano l'articolo di Schwarz della Clinica Chirurgica dell'Università di Rostock (*Per il trattamento operatorio dell'ulcera peptica digiunale*. Z. f. Ch., 1924; n. 46, 15 novembre 1924) che incomincia così: « Le comunicazioni di Finsterer all'ultimo congresso di chirurgia sul trattamento operativo dell'ulcera peptica digiunale consecutiva a gastroenterostomia mi inducono, *nonostante le sempre più numerose pubblicazioni simili, di questi ultimi anni*, a mettere in rilievo, sulla guida di osservazioni proprie, un paio di punti che mi sembrano essere di importanza per l'operazione e rispettivamente l'operabilità dell'ulcera peptica ».

« Fintantochè saranno eseguite ancora gastroenterostomie per ulcera dello stomaco, il chirurgo sarà posto — e come pare, al tempo attuale particolarissimamente spesso — davanti al compito di aggredire operativamente questa serissima complicazione post-operativa della gastroenterostomia ».

Schwarz riporta 5 osservazioni tratte dal « materiale complessivo delle operazioni gastriche eseguite per ulcera dello stomaco nella Clinica di Rostock durante gli anni 1922 e 1923 ». In un caso l'ulcera digiunale era insorta 18 a. dopo la gastro-enterostomia, in un altro dopo un anno circa, nel terzo pure dopo un anno, nel quarto dopo 2 anni, e nel quinto dopo 3 anni. I tre primi malati avevano subito precedentemente una gastro-enterostomia anteriore, il quarto la

gastro-enterostomia posteriore, il quinto, una G. E. posteriore con esclusione del piloro mediante laccio di garza iodoformica.

Di ciascun caso sono riferiti brevemente, la storia, il reperto operativo e l'operazione curativa, e l'A. è così compreso della evenienza dell'ulcera digiunale, che dal raffronto dei suoi interventi per essa eseguiti trae la conclusione di doversi fare, se mai — in previsione della consecutiva ulcera digiunale — la G. E. anteriore, perchè su una G. E. anteriore l'operazione radicale per ulcera del digiuno è assai più facile che su una G. E. posteriore.

« Sotto questa circostanza sembrami giustificata l'idea che, qualora in *casi eccezionali* — sia per inoperabilità dell'ulcera, sia per cattive condizioni generali dell'ammalato — si debba fare, anche in avvenire, una gastro-enterostomia per ulcera, questa sia eseguita sempre nella modalità di G. E. anteriore, avuto riguardo ad una eventuale operazione per ulcera peptica che si renda necessaria in seguito ».

Ora, io non voglio discutere questa opinione di Schwarz perchè non so se si possa convenire senz'altro con lui che « l'ulcera del digiuno interviene con eguale frequenza, sia dopo l'una che dopo l'altra delle due modalità di gastro-enterostomia.

Ma non è per questo che ho citato la sua pubblicazione, si bene per dimostrare ulteriormente, *con esperienza altrui*, che il privilegio di non riscontrare u. p. digiunali a seguito delle operazioni finora più comunemente usate per cura di primitive ulcere gastriche o duodenali, va restringendosi sempre più.

Probabilmente, quando si sarà fatta strada di più l'abitudine di riesaminare i propri operati di stomaco a qualche distanza di tempo dall'operazione, e quando i gastrici che ritornano al chirurgo accusando ancora qualche sofferenza siano sottoposti abitualmente allo schermo radioscopico, anzichè accontentati con la spiegazione che quelle sofferenze dipendono « dalle cicatrici » (come non di rado ancora molti fanno) quel privilegio finirà con lo scomparire del tutto.

E, mentre i suddetti AA. Dogliotti e Riccio continuano le loro esperienze iniziate a controllo del mio concetto patogenetico sull'ulcera digiunale post-operatoria (del che vivamente li ringrazio), io, perseguendo l'obiettivo da tempo tracciatomi di ricercare nella clinica la rispondenza delle idee tratte dall'esperimento o con esso suffragate, e ritenendo, oggi come ieri, che l'esperienza altrui — in qualità di *fatto*, non di opinioni, ed eliminati i preconcetti — sia il miglior vaglio di tali idee, trovo utile, di rilevare due particolari resi noti da Finsterer nello stesso fascicolo della pubblicazione di Schwarz: particolari che mi sembrano, appunto, fatti altrui ed estranei ad ogni interesse personale, da mettersi in accordo con relativi particolari del mio concetto patogenetico sull'ulcera del digiuno.

*
* *

Strenue sostenitore della necessità di resecare gran parte dello stomaco ulceroso, per evitare la complicazione dell'ulcera digiunale, ma, nello stesso tempo, reso edotto della convenienza di non spingere la resezione anche sulla sede dell'ulcera quando trattisi di ulcere duodenali ampiamente aderenti al pancreas e involgenti nella loro espansione coledoco e papilla Vateriana, per non affrontare atti operatorii pericolosi, Finsterer consigliava in questi casi di procedere alla resezione-esclusione (*Z. f. Chir.*, 1918, pag. 434). « Se l'ulcera (scrive nella sua pubblicazione recente) è così lontana dal piloro che sia ancora possibile una sicura chiusura del moncone duodenale, si asporti anche il piloro, ciò che semplifica essenzialmente l'operazione; in caso contrario il piloro deve essere lasciato... Se l'ulcera si spinge fino al piloro, una chiusura sicura del moncone duodenale è assolutamente impossibile, perchè la interruzione del duodeno verrebbe a cadere sull'ulcera; in questi casi il piloro viene lasciato, subito a suo ridosso si interrompe l'antro e lo si chiude a fondo cieco. *Con ciò rimane una parte di antro* diversamente estesa secondo lo spessore della parete gastrica, ma quasi mai più ampia di due-tre dita ».

Attualmente (*Z. f. Chir.*, 1924, n. 46), compreso anche dell'esperienza, in particolar modo illustrata da von Haberer, che a seguito di tale procedimento « il pericolo della recidiva, ossia dell'ulcera peptica digiunale, sia esattamente uguale a quello che si ha dopo semplice esclusione unilaterale alla v. Eiselsberg e alla Kelling », Finsterer propone di completare la resezione con un secondo tempo destinato ad asportare il piloro escluso e annessa parte del duodeno. E riporta, in questa sua recente pubblicazione, due casi nei quali l'operazione fu eseguita in due tempi al modo ora accennato.

In un caso si trattava di un uomo di 53 anni, sofferente di stomaco da 10 anni, ultimamente con dolori ininterrotti e vomito ostinato, operato la prima volta il 2 maggio 1924 in anestesia splancnica. Si trovò allora una grossa ulcera della parete posteriore del duodeno penetrante nel pancreas, che si estendeva dal piloro fino alla papilla di Vater e che nelle sue aderenze aveva imbrigliato il coledoco. Per l'enorme ipertrofia della parete gastrica si dovettero lasciare — allo scopo di ottenere una buona sutura — tre dita di antro. E dello stomaco furono resecati tre quarti, completando poi la resezione con una tipica ga-

stro-digiunostomia termino-laterale. Guarigione. Aumento in peso di 10 kg. Nonostante la completa assenza di dolori, fu tuttavia proposta l'estirpazione del piloro escluso, e il 12 giugno 1924 la si eseguì. « *L'ulcera penetrante era guarita sotto forma di una stenosi quasi completa* ». Per cui la liberazione del duodeno dal pancreas normale fu possibile senza difficoltà, e, asportato il duodeno distalmente alla stenosi, se ne eseguì la chiusura a borsa di tabacco. Inoltre fu eseguita l'asportazione dell'appendice che aderiva al cieco e conteneva dei coproliti.

Nel secondo caso si trattava di un ingegnere di 28 a., che soffriva di dolori gastrici dall'età di 10 anni. All'esame radiologico fu constatata una nicchia nel duodeno; e all'operazione, eseguita il 27 novembre 1919, si trovò un'ulcera penetrante nel pancreas, estesa fino alla papilla e involvente cistifellea e coledoco; lo stomaco era dilatato e fortemente ipertrofico. Fu eseguita la resezione di mezzo stomaco e l'esclusione dell'ulcera. Per un anno il paziente stette bene; poscia ritornarono dolori e crampi dopo mangiato, e bruciori; con la dieta e con abbondante somministrazione di alcalini ottenne miglioramento, e, per un anno, di nuovo, completo benessere; ma poi daccapo una leggera ricaduta. In novembre 1923, nuovi dolori e forte melena. In seguito a un trattamento medico di più settimane i dolori scomparvero e il paziente ritornò alle sue occupazioni; soltanto, di frequente si manifestarono dolori nella regione appendicolare. Il 26 agosto 1924, dovendosi levare l'appendice, si procedette anche all'asportazione dell'antro escluso, col piloro e la cicatrice duodenale. « Leggere aderenze del piloro escluso con la parete addominale anteriore, la vecchia ulcera duodenale *completamente guarita sotto formazione di una stenosi considerevole*. Vinte le aderenze, e ribattuto in alto il colon trasverso, si trova al disotto del mesocolon, nell'ansa anastomizzata, contro la bocca anastomotica, una cicatrice stellata e alcune aderenze all'intorno. Aperta la parete anteriore dello stomaco, non si trovò, alla ispezione dell'anastomosi e dell'ansa anastomotica, alcuna ulcera... L'emorragia di un anno avanti era da riferirsi ad un'ulcera peptica sull'ansa anastomizzata, guarita sotto formazione di una cicatrice manifestamente dimostrabile sulla sierosa... È sperabile che il paziente rimanga liberato stabilmente dei suoi dolori. Per una resezione dell'anastomosi e un impiccolimento del moncone gastrico relativamente ampio non c'era fondamento ».

Ora, io desidero rilevare:

1) che in due malati riveduti al tavolo operatorio a distanza rispettiva di 40 giorni e di 4 anni e 9 mesi dalla prima operazione, l'ulcera duodenale aveva dato luogo, nell'un caso ad una stenosi quasi completa, e nell'altro ad una stenosi considerevole.

Erano condizioni di massimo favore per la guarigione quelle in cui venivano a trovarsi queste ulcere escluse; ma gli esiti che per esse si sono avuti possono ben dire qualche cosa anche nei riguardi di ulcere trattate con sola G.-E.;

2) che in uno dei due casi operati con esclusione di una parte di antro s'era formata un'ulcera digiunale: ulcera poi a sua volta guarita, ma ulcera digiunale post-operatoria.

Questi due rilievi — dico — trovano pieno riscontro in ciò che sull'ulcera digiunale io ho scritto a più riprese: la considerazione che l'ulcera duodenale cicatrizzando dia stenosi più o meno serrata che trasformi una gastro-enterostomia semplice in una gastro-enterostomia con chiusura pilorica, l'esperimento di esclusione della pars pilorica che, ripetuto 4 volte, 4 volte mi ha dato ulcera digiunale.

Le condizioni nelle quali si stabilì il reperto di Finsterer — da questo lato — sono immensamente inferiori alle condizioni realizzate in quei 4 esperimenti miei, perchè io escludevo tutta la pars pilorica e non resecavo; è inferiore anche alle condizioni realizzate in un altro mio esperimento riportato nel *Policlinico*, Sez. chir., 1925, nel quale la esclusione della pars pilorica era stata parziale anzichè totale, ed era stata completata da resezione, entro i limiti della sola pars pilorica; ma rientra nello stesso ordine di dispositivo operatorio, e, sia quale si voglia la interpretazione che ad esso si vuole dare, è un dato di fatto clinico che deve, per lo meno, essere discusso alla stregua dei miei risultati sperimentali.

*
* *

Finalmente, Finsterer, che fino a tempo addietro non si preoccupava che di resecare, riconoscendo nel solo impiccolimento della superficie gastrica secernente il rimedio contro l'ulcera postoperatoria, nell'aprile 1924 — parlando alla Società tedesca di chirurgia a proposito dell'operazione radicale dell'ulcera peptica del digiuno — dicea: « per una vera operazione radicale non basta l'escissione dell'apertura gastro-enterica con l'ansa anastomotica e l'esecuzione di una gastroenterostomia, ma, come per il trattamento dell'ulcera duodenale, deve essere asportato il piloro e per lo meno due terzi, fino a tre quarti di stomaco ». Finsterer ribadiva cioè il suo concetto demolitivo, ma aggiungeva più sotto: « L'anastomosi ad Y dà cattivi risultati finali. Di 77 casi, 7 rimasero inguariti, fra i quali 3 casi in cui l'ulcera peptica del digiuno potè essere assodata ad una nuova operazione... Guarigioni durature con l'anastomosi ad Y si possono attendere soltanto da resezioni gastriche molto estese... L'anastomosi alla Billroth I evita con assoluta sicurezza l'ulcera peptica digiunale, ma ha una mortalità elevata (mancanza di suture), è da applicarsi quindi soltanto dove si possa eseguire senza pericolo, *in altri casi bisogna eseguire la sutura circolare del digiuno e a valle di essa la tipica anastomosi termino-laterale fra digiuno e moncone gastrico secondo Hofmeister... Le reci-*

dive di ulcere peptiche digiunali, si sono stabilite, o dopo anastomosi ad Y, o dopo operazione incompleta. Per cui queste recidive non autorizzano ancora all'idea di « ulcera chirurgicamente inguaribile ». E ad una osservazione di von Haberer: che l'anastomosi ad Y non può essere considerata da sola come causa dell'ulcera peptica, e che nei suoi casi personali egli von Haberer aveva poche recidive perchè fa sempre l'asportazione della parte pilorica, Finsterer rispondeva che « nelle sue osservazioni di recidive di ulcera peptica digiunale il piloro era stato già asportato all'operazione radicale, per cui soltanto l'anastomosi ad Y viene in campo come causa della recidiva ».

Nella seduta del 3 maggio 1924 io parlavo alla R. Accademia Medica di Roma in questi termini: « Ora, io dico che dall'insieme di queste ricerche bibliografiche non risulta alcuna dimostrazione certa di ulcere digiunali insorte in seguito a resezioni piloro-gastriche che siano state sufficientemente estese per comprendere una parte di stomaco pilorico proporzionalmente uguale a quella che io ho resecato nei miei cani, e che non siano state complicate da deviazione del contenuto duodenale. Viceversa, risulta con molta chiarezza la importanza che, a determinare l'ulcera, tale deviazione esercita anche nei resecati ».

E al Congresso italiano di chirurgia dell'ottobre 1924 dicevo: « Siccome la deviazione incompleta (com'è quella realizzata dalla G.-E. semplice senza chiusura del piloro) può diventare completa per retrazione cicatriziale nella sede dell'ulcera primitiva, il procedimento più sicuro per evitare l'ulcera digiunale appare quello della resezione piloro-gastrica... Ma i benefici realizzabili per questo mezzo non devono essere frustrati da altre modificazioni del chimismo o da cause traumatiche che riproducono quello che si vuole evitare. *Il succo della parte cardiale non deve essere potenziato da deviazione duodenale.* Quindi: *niente G.-E. ad Y o entero-entero-anastomosi;* l'apertura di passaggio fra stomaco e digiuno non deve essere passibile di contratture che ricordino quelle del vecchio piloro, e perciò: bocca anastomotica termino-laterale o latero-laterale ampia ».

Nell'una occasione e nell'altra ebbi l'assenso di valorosi chirurghi italiani. Oggi trovo che nel loro concetto fondamentale le mie parole potrebbero sovrapporsi tali e quali a quelle del chirurgo viennese che della chirurgia gastrica ha fatto una specialità professionale.

Queste coincidenze mi fanno piacere dal lato delle vedute personali; ma ancor prima mi persuadono che lo studio della patogenesi dell'ulcera del digiuno trova nell'utilità pratica un riscontro che ben ne paga la spesa, quantunque non da tutti sia egualmente riconosciuto.

SUNTI E RASSEGNE.

RADIOLOGIA.

Tecnica ed applicazione della pielografia.

(PAPIN. *Paris Médical*, n. 31, 1924).

Dopo aver ricordato come il Wilcker ed il Lichtenberg nel 1906 siano stati i primi, in Germania, ad applicare tale metodo di ricerca, fa la storia della sua applicazione in Francia ed in America.

Fa rilevare come gli inconvenienti alle volte gravi e spesso mortali debbono attribuirsi a difetti di tecnica e come egli in migliaia di casi non abbia avuto mai il minimo inconveniente.

Nel descrivere la tecnica da seguire rivolge la sua attenzione:

1) al liquido da iniettare;
2) alla sonda da impiegarsi;
3) al modo di fare il cateterismo;
4) al modo di praticare l'iniezione.

Quanto al liquido da iniettare ricorda come il collargolo sia stato adoperato per il primo da Wilcker nella dose del 5 %. Si sono usate dosi più deboli e più forti, fino cioè a 25-50 %. La dose media però è il 10 %. Nelle piccole raccolte è bene giungere al 20 %.

Degli altri sali d'argento sono stati adoperati l'argonina e lo ioduro d'argento.

Tra le altre sostanze usate ricorda i sali di bismuto e di bario che hanno l'inconveniente di non essere solubili.

Il torio, dato il suo forte peso atomico, sarebbe molto utile, ma è molto tossico per cui non viene punto adoperato.

Gli studi di Weld hanno dimostrato che il bromuro di sodio è il meno tossico.

L'A. fa uso di questo sale nella seguente formula:

Bromuro di sodio gr. 300.
Acqua distillata gr. 700.
Ossicianurio di mercurio gr. 0.01.

L'ossicianuro rende asettica la soluzione. Questa soluzione di un cristalloide presenta il vantaggio di essere limpida, e di non lasciare le particelle che la compongono incrostate nei reni come accade per i colloidi in genere.

Quanto alla sonda, che si è consigliato di usare più grande che sia possibile fa rilevare come l'idea sia falsa; è invece opportuno adoperare sonda di piccolo calibro in modo che il liquido iniettato possa facilmente ridiscendere fra la sonda e la parete ureterale.

Si eviterà così la brusca ipertensione del bacinetto.

L'A. usa sonde di calibro 12, opache, in modo

che si veda, dopo la pielografia, a quale altezza è giunta.

Il modo di iniettare i bacinetti è molto importante, è da ciò che dipende l'innocuità e la gravità della pielografia.

Vi sono, perciò, delle regole precise. Alcuni usano ancora la siringa, ma tale metodo non è praticabile senza danno, poichè la pressione non è graduabile.

Usando la siringa l'A. ha notato la penetrazione di collargolo nel rene, mentre ciò non si verifica con un semplice apparecchio a pressione atmosferica.

Questo apparecchio è molto semplice: consiste in una bottiglia graduabile di Mohr, unito alla sonda ureterale per mezzo di un semplice tubo di cautchouc ed una cannula appropriata. Basta sollevare la bottiglia un po' al disopra del piano del letto perchè il liquido penetri nel bacinetto, costituendo, così, un sistema di vasi comunicanti.

Elevando la bottiglia in modo che il livello del liquido sia circa a 30 cm. al di sopra del piano del letto, si ha la pressione necessaria e sufficiente per la pielografia. Occorre prevenire il malato che proverà dolore all'inizio dell'esplorazione. Appena avverte il dolore si abbassa la bottiglia fino al piano del letto e si fa la radiografia. Assicuratisi della riuscita si vuota il bacinetto; o lasciando naturalmente che si vuoti, o aspirando con una siringa.

Oltre il criterio del dolore per interrompere l'iniezione del liquido, si è consigliato di osservare col cistoscopio il reflusso del liquido, ma ciò è molto incomodo.

Per controllare i risultati ottenuti colla pielografia l'A. fa rilevare come l'hydronefrosi sia l'affezione in cui tale metodo ha avuto più larga applicazione. La diagnosi di una idronefrosi per essere completa, deve mostrare l'esistenza d'una sacca renale, la sua forma, le sue dimensioni e disposizioni anatomiche, e ciò si ottiene unicamente con la pielografia.

La sonda può o meno entrare nel bacinetto e allora, praticamente, si possono avere tre casi:

1) La sonda può essere introdotta fino al bacinetto.

Si tratta per es. di sapere se un tumore che si trovi nel fianco è o non un'idronefrosi. In caso positivo la pielografia mostrerà un'ombra voluminosa corrispondente al bacinetto, disteso. Se l'intumescenza è di altra natura, l'ombra del bacinetto è normale.

Così facendo l'A. ha potuto differenziare un lipoma retroperitoneale, una cisti ovarica peduncolizzata, una peritonite t. b. c., ed anche un pacchetto di compresse dimenticate nell'addome.

Se invece del tumore si hanno crisi dolorose l'errore più frequente è l'appendicite. L.A. ha raccolto molti casi di idronefrosi a destra operati di appendicectomia.

Occorre inoltre ricordare come causa di errore diagnostico i calcoli dell'uretere e delle vescichette biliari, nei quali è opportuno praticare oltre le radiografie anche la pielografia.

2) La sonda non penetra nel bacinetto.

L'arresto può essere dovuto a cause molteplici: pieghe, restringimenti uretrali, tumori, calcoli, vasi anormali, ma spesso accade che il liquido superi l'ostacolo, e si ottiene l'immagine che permette la diagnosi.

3) La sonda non penetra nel bacinetto ed il liquido, iniettato, refluisce nella vescica.

L'ostacolo per lo più è localizzato al collo dell'uretere; può però essere anche più in basso. Il liquido cade rapidamente nella vescica ed è evacuato dalla sonda vescicale. Il solo fatto che il liquido non può penetrare nella sacca è caratteristico dell'idronefrosi chiusa.

L'A. ha avuto occasione di praticare la pielografia durante e dopo una crisi d'idronefrosi intermittente. Nel primo caso li liquido refluiva nella vescica; nel secondo potè iniettare una sacca voluminosa.

Occorre ricordare che le sacche voluminose sono per così dire indolore, le medie poco sensibili, le piccole dolorosissime.

Un gran numero di casi in cui si è praticata in reni nefritici, sclorotici; affetti da perinefriti non erano altro che piccole idronefrosi.

La pielografia nelle idronefrosi ci fornisce gli insegnamenti molto utili. Permette di conoscere se la raccolta è a tipo intrarenale, extrarenale o mista; se la dilatazione del bacinetto si accompagna o no a dilatazione dell'uretere; infine permette di conoscere le forme anormali per biforcazione precoce dell'uretere.

Nel rene mobile la pielografia è non poco importante: deve praticarsi in posizione orizzontale o verticale. Permette di conoscere lo spostamento del rene quando si passi dalla posizione orizzontale alla verticale con la piega che può risultarne dal lato dell'uretere. Si sa, poi, come il rene mobile è spesso secondario all'idronefrosi.

In tali casi la nefropessia è affatto inutile, ed occorre la nefrectomia.

Nelle anomalie del rene e dell'uretere la pielografia ha fatto rilevare non poche malformazioni che passano inosservate.

E così pure tale metodo di ricerca è stato non poco utile per l'uretere doppio, per l'uretere

bifide, per i restringimenti e le dilatazioni ureterali, per le ectopie e sinfisi renali.

In altre affezioni del rene per es. nelle tubercolosi quando è possibile il cateterismo ureterale possiamo fare a meno della pielografia.

Non poco importante è l'esplorazione pielografica nelle pieliti e nelle pionefrosi.

Tale metodo riesce molto utile nelle litiasi renale e ureterale.

Mentre la semplice radiografia permette di riconoscere un calcolo del rene, senza localizzarlo, la pielografia fa rilevare se un tale calcolo si è situato nel bacinetto, in un calice o nel parenchima renale. Da queste diverse constatazioni pielografiche se ne deducono delle applicazioni terapeutiche differenti: pielotomia, nefrotomia, nefrectomia.

Riassumendo la pielografia trova la sua utile e pratica applicazione nelle idronefrosi, nelle anomalie del rene e dell'uretere in cui è indispensabile; è veramente necessaria per le indicazioni operatorie nel rene mobile e nelle litiasi renali, mentre nelle altre affezioni renali tale metodo di esplorazione non è affatto utilmente applicabile.

T. LAURENTI.

N.B. — Nella R. Clinica Chirurgica di Roma, si adopera con ottimo risultato, nelle pielografie, l'Umbrenal (joduro di litio).

Calcoli renali trasparenti ai raggi X.

(J. M. CULLIGAN. *The Journ. of Urol.*, vol. XI, n. 6).

Secondo Walker le ombre più dense vengono date dai calcoli di ossalato di calcio, quelli di fosfato danno ombre meno dense. I calcoli di cistina, xantina, acido urico, possono o non possono dare ombre.

In generale però per la presenza del calcio, i calcoli trasparenti sono rari. Secondo Arcelin l'opacità o meno è data più dalla compattezza della struttura molecolare, che dalla composizione chimica.

Riporta un caso occorso alla Clinica Mayo nel quale clinicamente venne fatta diagnosi di calcolosi renale sinistra; ma 7 radiografie non rivelarono alcuna ombra. Con l'esame pielografico nel mezzo della pelvi si vide un'ombra chiara che fece confermare la diagnosi clinica. L'esame radioscopico del rene estratto dalla ferita lombotomica non rivelò ombre di sorta, mentre invece la pelvi era riempita da un grosso calcolo friabile, rosso bruno di acido urico puro. Si trattava di un uomo di 51 anni.

Ricorda altri casi nei quali la diagnosi fu fatta allo stesso modo e le ricerche di Graves per provare l'ipotesi di Arcelin.

Graves vide che mentre i calcoli compatti di cistina danno un'ombra, una capsula piena di cistina pura ingerita dall'individuo in esame non da alcuna ombra nello stomaco.

Non ha potuto trovare nella letteratura casi nei quali sali di alogeni iniettati nella pelvi a scopo pielografico, depositandosi sul calcolo lo abbiano reso visibile come è stato descritto essere accaduto per il collargolo.

(Un caso nel quale un calcolo trasparente fu reso visibile dopo una pielografia per il depositarsi su di esso di ioduro di litio è stato illustrato da me. V. Atti secondo Congresso Soc. Ital. di Urolog. Roma 1923).

M. ASCOLI.

VIE DIGERENTI.

Le affezioni anali.

(F. MOUTIER. *Le Bulletin médic.*, 1925, n. 3).

Per un esatto esame dell'ano, occorre anzitutto porre il malato in posizione favorevole, spiegando con accuratezza le varie pliche della regione cutaneo mucosa: si esplora con facilità la zona mucosa ed anche la regione emorroidaria media diligentemente tirando fuori il canale studiato. All'uopo può servire la ventosa di Bier, o di uno dei vari modelli di anuscopi a valvola od a tubo.

La più semplice e leggera affezione anale è l'anusite: infiammazione del retto inferiore è caratterizzata da erosioni, dolore alla defecazione con consecutivo sanguinamento, sintomi questi che possono coesistere ovvero presentarsi isolati, giungendo al prurito anale, alla nevralgia anorettale, all'eczema anale. Si riscontra frequentemente negli emorroidari ad ogni minima causa di irritazione parietale: obiettivamente si nota una lieve irritazione della pelle, i solchi più marcati, e quasi erosi, papille ipertrofiche nella regione emorroidaria. Contro l'irritazione e l'eritema è utile una pomata al sapolan (30 % - anolina 70 %) ovvero un cold-cream fresco; ovvero un linimento oleo calcareo (cui è da preferirsi la formula: Lanolina 10; olio di mandorle dolci, acqua di calce ana 20).

Dopo una unzione, spolverare del bismuto, del talco. Se la pelle presenta piccole fissure, erosioni, si toccheranno ogni due o tre giorni con nitrato di argento al centesimo e polveri astringenti (dermatolo, bismuto, timolo biiodato).

Le ipertrofie papillari non sono importanti che per i nevrastenici, ossessionati, scrupolosi. Per essi può effettuarsi la resezione.

È importante il fatto che per tali affezioni si può agire profilatticamente con unzioni prima e

dopo ogni defecazione con una delle pomate precedenti.

All'anusite si accompagna spesso lo zona; raramente, più frequentemente l'herpes il quale di sovente si presenta associato all'herpes vulvare. In tali casi la cura consiste nello spolverare leggermente con astringenti: aristolo, ed a lottare contro la costipazione.

L'affezione più frequente è l'eczema, facile sia in malati che in sani: abituali negli obesi, banale nelle donne con leucorrea di qualche intensità: con prurito variabile, con pousseés, con pelle rossa, eros, con secrezione sierosa più o meno abbondante, con tendenza a guadagnare il perineo e le coscie, dando luogo ad insonnia ed a disturbi della deambulazione: interdire ogni eccitante (tabacco, thè, ecc.), le biancherie irritanti, frutta con semi. In primo luogo detergere le lesioni (impacchi umidi caldi di soluzione fisiologica). Applicare il linimento oleo calcareo precedente, cessata l'infiammazione superficiale, si guarirà la lesione cutanea con medicazioni al nitrato d'argento ogni due giorni, salendo rapidamente dalle soluzioni al centesimo alle soluzioni 1/60, 1/50: dopo ogni applicazione lasciar asciugare per qualche minuto, spolverare con talco puro o leggermente salicilato (0.50 %). Dopo due applicazioni, cessata l'infiammazione, pennellature al catrame fossile e dopo altre due-quattro applicazioni, pulizia con vasellina ed applicazione di ittiolo (3-5 gr. ittiolo, 10 ossido di zinco, 40 di vasellina). Contemporaneamente curare la causa.

Altra esasperante affezione è il prurito, localizzato o profondo, marginale od esteso. All'esame si trovano lesioni di annusite e di eczema più o meno intenso fino a lichenificazione, essudazione umida, con pelle macerata, o con semplice pigmentazione bruna. Si osserva specialmente in casi di emorroidi di polipi: accompagna le fessurazioni; è l'espressione clinica dell'ossiurasi rettale. In taluni casi il prurito è provocato da detrito fecale secco, ovvero è un prurito che non sapremmo definire meglio di « essenziale ». L'esame esterno mette in evidenza la causa, con l'aiuto, talora, della rettoscopia o dell'esplorazione rettale o vaginale. Il regime dietetico in tali casi sarà come nel precedente, bagni e cure di pulizia locale accurata con camomilla od olio di mandorle dopo ogni defecazione: usare non carta, specie stampata: spolverare con talco. Contemporaneamente cura causale. Noi siamo ricchi in agenti antipruriginosi: si farà appello dapprima all'aqua bianca od alle soluzioni feniche 1/300, meglio ancora alle soluzioni di cloralio 1/500. Delle pomate preferiremo: l'ossido di zinco (10-20 %), l'ittiolo (2-6 %) catrame vegetale (20 %), pomate leggermente solforate. Evitare cocaina e mentolo. Usare i sali organici di argento in pomata: collargolo (15 %), argirolo (5-10 %) specie se esistono erosioni della regione anale. Come polveri sono raccomandabili: anestesina, ortoformio, scuroformio.

Allorchè si tratta di piccole erosioni puntiformi con sede nelle pliche, invece del nitrato di Ag. cauterizzarle. Se tutti questi medicamenti falliscono, si ricorrerà agli agenti fisici; alta frequenza, radioterapia. Di rado si è costretti a ricorrere all'enervazione dei territori malati; od alle iniezioni epidurali di novocaina.

In alcuni casi non si tratta di prurito, ma di nevralgie rettali essenziali, analoghe alle nevralgie del trigemino, nelle quali il fenomeno doloroso è nettamente indipendente dalla defecazione.

Frequenti ed estremamente delicate a curare sono le fissure anali: l'aspetto è di una fissura, la realtà è che si tratta di una ulcerazione: in genere unica, anteriore raramente, per lo più posteriore; l'ulcerazione, nata da un trauma, ha spesso forma a racchette, con la punta perduta nell'orifizio anale, con punto di partenza ad un'emorroide o ad un piccolo polipo. In ciascuna defecazione il bolo fecale agisce sull'orlo edematoso della base, allargando l'ulcerazione per trazione diretta: queste fissurazioni sono estremamente dolorose, ed i dolori persistono per molto tempo dopo l'evacuazione: spesso si accompagnano a spasmi, tenesmo, prurito, emorroidi, stipsi, vaginismo. La cura comprende: il trattamento della stipsi, dello spasmo (con la belladonna, l'iodoresorcina-solfito di bismuto, con l'anestesina, l'ortoformio, lo scuroformio); occorre poi agire direttamente sulle lesioni con l'ittiolo puro od il nitrato di argento 1/60, dopo aver per qualche giorno fatto precedere delle caute dilatazioni meccaniche o digitali dello sfintere con o senza anestesia. In rari casi occorre l'exeresi chirurgica.

Altra lesione importante è il prolasso, di vario grado: sintomatologicamente non è doloroso, ma è causa di ossessione nei nevropatici. Nel bambino occorre una rieducazione della defecazione ed a fare nell'evacuazione il minimo degli sforzi. In molti casi saranno consigliabili prima dell'evacuazione dei clisteri con olio, ed allo scopo di ridonare ai tessuti il loro tono, piccole docce fredde ciascun mattino e dopo ogni defecazione; consigliabili anche i clisteri di acqua distillata di Hamamelis (un cucchiaio da caffè in due cucchiai d'acqua). È anche indicata la cintura antiptosica, la corrente galvano-faradica negli ptosici. In altri casi l'unica risorsa è rappresentata dalla chirurgia.

Delle altre lesioni citiamo l'incontinenza dello

sfintere per lesione nervosa o per operazioni portate sulla regione. L'incontinenza è particolarmente frequente nelle lesioni della coda equina. Siamo, disgraziatamente, sprovvisti di mezzi contro la incontinenza dello sfintere; ci dovremo limitare perciò a combattere l'eczema che molte volte è compagno dell'affezione in discorso.

Le varie ulceri che si presentano nell'ano: sifilide, tubercolosi verrucosa, ulcerosa o fistolosa, blenorragia, sono di raro limitate, ma testimoniano un processo esteso al retto.

Il trattamento delle fistole è essenzialmente chirurgico.

I polipi marginali o del canale, sono, per lo meno al principio piuttosto un disturbo che una lesione. Se per la loro mobilità sono noiosi, è indicata l'asportazione sia col galvanocauterio, sia col bistouri.

Le emorroidi possono essere interne od esterne, queste si sviluppano sulle tributarie della cava, quelle, della porta. Per alcuni, le une avrebbero una eziologia (stipsi) le altre dipenderebbero da ipertensione portale per difettosa igiene alimentare.

La semeiologia è varia: prurito, tenesmo, disturbi della defecazione, pesantezza o bruciore dopo la defecazione, eccitazione generale. L'emorragia si ha in genere nella defecazione: di raro all'infuori. L'emorragia provoca sollievo al malato, ma alla lunga provoca anemie anche gravi. Sono tumori sporgenti, più o meno colorati, più o meno induriti a seconda il grado dell'infiammazione delle pareti delle vene; le emorroidi interne si vedono sulla mucosa rovesciata: il rettoscopio le distingue, ma con esso si vengono a svuotare del sangue che contengono. Complicazioni sono la flebite, la trombosi, lo strozzamento. Spesso concomitano prolasso, fissurazioni, rettite, poliposi.

Ricordarsi che non basta fare la sola diagnosi: ricercare sempre se a monte della lesione anale esiste un neoplasma, un'amebiasi, una rettocolite.

Come cura: anzitutto conveniente igiene, esercizi normali, ginnastica razionale; non abuso di bicicletta, di treno, della sedia. Battere la costipazione (olio di paraffina, di ricino). Sono raccomandabili gli antispasmodici: non abusare di ciò che possa far aumentare il volume delle feci e con essi il dolore e la stasi retto sigmoidea. Eccellenti risultati danno i piccoli clisteri prima e dopo la defecazione. Utili dopo queste le lozioni fenicate o al cloralio, le docce fredde o calde (es. acido fenico, acido acetico: ana. 5, alcool 50, acqua fino a 500; ovvero: idrato di cloralio 5, acqua distillata 500). Lasciate asciugare ed applicate la pomata: antipirina 1.50, balsamo del Perù 30 gocce, ossido di zinco 10 grammi, unguento fino a 30 grammi. Ovvero impolverare con: acido salicilico 1, carbonato di bismuto 20, ceissatite 80; od anche: canfora 1, talco 20, ossido di zinco 20, amido 60.

Nelle complicazioni il trattamento sarà quello dell'eczema, del prurito, delle fessure. Nella turgescenza dolorosa: riposo, bagni, dieta, pomate al decimo di ortoformio, scuroformio, anestesina, suppositori al bismuto, all'ittiolo, al tannino.

Per un suppositorio: crisarobina 0.10, tannino 0.20, estratto di belladonna 1 ctgr., burro di cacao q. b.

Ossicloruro di bismuto 0.05, adrenalina al millesimo 10 gocce, novocaina 0.02, mentolo 0.02, estratto di ratania 0.25, burro di cacao q. b.

Polvere di castagna d'India 0.01, estratto secco di hamamelis 0.05, ittiolo 0.10, estratto di giusquiamo 0.03, burro di cacao q. b.

Come medicamenti interni l'hamamelis (tre cucchiai di caffè al giorno dell'estratto fluido, o sei dell'acqua distillata); la tintura di castagne d'india (a volte 10 gocce al giorno).

Questi medicinali vanno in genere dati dopo il pasto. Utili possono riuscire l'alta frequenza, (20-30 sedute), contro le emorragie; i piccoli clisteri di tannino (0.50 %), o gelatina (10 %), o di ferropirina (1 %), o di cloruro di calcio (2 %), o di suppositori emostatici. Negli strozzamenti prima di ricorrere al chirurgo, si può tentare di ridurli con medicature alla novocaina (5 %) ed adrenalina. La riduzione sarà facilitata da preventiva dilatazione.

Esperienza speciale richiedono dei dati provvedimenti: iniezioni sottomucose coagulanti (cloridrato doppio di chinina ed urea al 5 %, con 8 10 sedute di iniezioni da 1 a 3 cc.

Ora non si iniettano più i liquidi coagulanti nel centro della vena emorroidaria, ma si inietta nei tessuti circostanti.

Queste operazioni devono essere condotte con la più scrupolosa asepsi. Le indicazioni puramente chirurgiche possono essere raggruppate nei tre capi seguenti: poussées infiammatorie frequenti, emorragie inquietanti, procidenza irreducibile o facile a recidivare.

MONTELEONE.

Importanza clinica non riconosciuta del prurito anale.

(I. F. MONTAGUE. *The Journ. of the Am. Med. Ass.*. nov., 29, 1924).

L'importanza clinica del prurito anale consiste nel riconoscere che il prurito è una percezione di impulsi afferenti abnormi, la cui intensità è al disotto di quella necessaria per provocare la sensazione di dolore.

Partendo da questo concetto il prurito, come il dolore, merita qualche cosa di più di una osservazione superficiale e di un trattamento palliativo.

Le osservazioni cliniche e la letteratura medica dimostrano in molti casi l'associazione di affezioni croniche viscerali con un prurito localizzato, anale, vulvare, scrotale.

Ciò può spiegarsi in molti casi con un riferimento errato della sensazione di prurito, dovuto a una trasferenza degli impulsi afferenti nei gangli spinali posteriori e nel midollo dai nervi afferenti viscerali ai nervi afferenti somatici.

Il prurito anale in molti casi è una sensazione mal riferita, e il fatto che esso indica una condizione patologica altrove che nell'area dell'apparente disturbo, ne dimostra l'importanza clinica.

Il prurito a causa della delicatezza di percezione che rappresenta, si verifica nei primi periodi di affezioni viscerali, e così spesso precede il vero dolore.

Esso impone un esame fisico completo, con speciale attenzione ai visceri addominali e pelvici, che porterà alla scoperta di un'affezione al suo inizio. Un simile reperto è molto importante perchè rende probabile il successo della terapia.

Quanto si è detto è di speciale significato in rapporto al carcinoma degli organi pelvici e addominali.

Se in ogni caso di prurito anale si facesse l'esame sigmoidoscopico il cancro del retto si vedrebbe più spesso in condizioni di operabilità. Il prurito anale molto spesso è associato al carcinoma iniziale, mentre è raro allorchè la neoplasia è molto sviluppata.

Seguendo questo concetto si risparmierà al paziente l'abbondante terapia locale, spesso inutile se non dannosa, e si cercherà di rimuovere la causa del disturbo.

A sostegno di quanto sopra è detto, l'A. riferisce 3 casi clinici. Il primo riguarda una donna sofferente di prurito ano-vulvare da sette mesi che all'esame obiettivo presentava una tumefazione a carico della salpinge d. La laparotomia che dimostrò la presenza di due grosse cisti ovariche liberò la p. dal prurito.

Il secondo è un uomo con prurito anale che durava da un anno e che aveva la prostata molto ingrossata e le vescichette seminali palpabili: il massaggio prostatico e vescicolare fece scomparire il prurito.

Il terzo paziente è un uomo con prurito anale che durava da due anni e in cui l'esame sigmoidoscopico mostrò un cancro dell'angolo retto-sigmoideo.

M. MARGOTTINI.

Perforazione del retto da placenta ectopica.

(A. SCHWARTZ. *Paris médical*, n. 25, 1924).

L'A. data la rarità del caso, ricorda come fosse ricoverata il 16-11-1922 nel suo reparto una giovane di 28 anni per dolori addominali e metrorragia. Nulla d'importante nell'anamnesi remota.

Le sofferenze attuali risalivano a pochi giorni. La paziente accusava un ritardo nelle mestruazioni di circa un mese e mezzo. Da 4 giorni aveva dolori addominali i quali si accentuavano durante la defecazione.

Al suo ingresso all'Ospedale, la malata era apirettica, con ventre leggermente meteorico, trattabile, dolente l'ipogastrio alla palpazione profonda.

All'esplorazione vaginale il collo dell'utero era grosso, tumido, leggermente aperto, deviato a sinistra ed in avanti. Il fornice posteriore destro era occupato da una massa dura, rotonda, che spostava il collo in avanti.

Messa in osservazione la paziente, si notava come presentasse un'accentuata stipsi con defecazioni molto dolorose e vero tenesmo. Diagnosticata una gravidanza extrauterina si decise l'intervento, molto più che la malata aveva avuto dall'ano un'accentuata emorragia e che l'esplorazione rettale aveva dimostrato la presenza di una intumescenza annessiale destra che sembrava intimamente accollata alla parete anteriore del retto. Inoltre con detta esplorazione molto dolorosa, si estraggono alcuni coaguli. Praticato l'intervento non si trovò sangue nelle cavità peritoneali ma si rilevò la presenza di una intumescenza nel punto di unione delle trombe con l'utero. Tale massa aderiva intimamente con un'ansa del tenue e con il colon recto-sigmoideo. Lo scollamento riuscì difficile. Asportato l'annesso di destra, si scoprì una perforazione rettale del diametro di circa cm. 1 mezzo.

Suturata la perforazione rettale a due piani si pose un piccolo drenaggio alla Mickulicz.

Dopo 6 giorni la malata espulse la caduca ed alcuni coaguli.

Guarita perfettamente dopo un anno ebbe gravidanza normale a termine.

L'A. rileva come la storia della gravidanza extrauterina molto ricca di accidenti diversi, è molto povera di complicazioni simili.

Ricorda come nel 1923 il Forsyth pubblicò un caso simile: si trattava di una malata che aveva sofferto 8 anni prima di pelvi-peritonite, e che dopo un ritardo di 15 giorni nella mestruazione, presentò una metrorragia poco abbondante ma accompagnata da un forte dolore rettale con tenesmo. All'esplorazione del retto si nota la pre-

senza di una intumescenza della grandezza di un uovo, nel fornice posteriore. Comparse una accentuata rettorragia, si pratica l'intervento, e asportando la tromba destra si riscontrò una perforazione rettale. I trattati classici ricordano casi numerosi di cisti fetali antiche, spesso suppurate, espulse per il retto. Tale eliminazione può essere tardiva (43 anni: Metcalfe, 1872; 27 anni: Lanpus 1876) dopo la comparsa dei sintomi di gravidanza extrauterina.

Di casi simili a quello ricordato, l'A. ne ha riscontrati 5.

Egli si fa questa domanda: quale è la patogenesi di questa complicazione? Il fatto anatomico predominante nella storia della placenta ectopica è l'aderenza colla tromba alla parete intestinale, aderenza che si può originare in due modi:

1) La tromba è da molto tempo malata. A causa della salpingite e perisalpingite si sono costituite aderenze tubo-rettali. La gravidanza si sviluppa nella tromba così aderente.

2) Non vi sono lesioni precedenti negli annessi. La tromba, come normalmente, cade nel Douglas, prende aderenze da prima lasse e poi solide con gli organi vicini.

Nei due casi la parete della tromba a livello dell'uovo e la parete rettale sono unite intimamente. Nel punto corrispondente a questa zona di aderenze, le villosità coriali (per mezzo delle cellule di Langhaus) corrodono la parete tubarica. Con lo stesso meccanismo viene perforato il retto, d'onde l'emorragia considerevole.

La sintomatologia in tutti i casi è la stessa: mestruazioni ritardate, dolori accompagnati da perdite sanguigne. In tutti i casi l'accentuata rettorragia impone l'intervento.

L'intervento può praticarsi per via rettale ed addominale, che è preferibile.

T. LAURENTI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. BENEDICENTI. *Malati, medici e farmacisti*. Vol. II. Prezzo L. 55. Editore Hoepli, Milano.

Dei pregi di quest'opera si è già detto a proposito della pubblicazione del primo volume. Questo secondo, che comprende i capitoli dal XIV al XXVI, è compilato con il medesimo lusso di erudizione, ed è anch'esso ornato di numerose e nitide illustrazioni. Vi è esposta la storia dei rimedi e delle teorie che ne spiegano l'azione sull'organismo dal secolo XVII fino ai giorni nostri.

dr.

KLEMPERER G. *Grundriss der Klinischen Therapie innerer Krankheiten. Zweite Auflage.* Urban e Schwarzenberg, Berlin-Wien., 1924. Fr. svizzeri 7.80.

Fra i molti manuali di Terapia, questo del Klemperer dedicato specialmente ai giovani medici, riunisce alcune qualità particolari che lo rendono di non piccola utilità. La suddivisione della materia in altrettanti capitoli corrispondenti ognuno alle varie affezioni di un determinato organo, od apparato, la concisa esposizione tralasciando tutto quello che la pratica ha giudicato soverchio, fanno sì che lo studioso, specialmente se da poco iniziato all'esercizio della medicina, può trovare in questo manuale quanto può essere di utile applicazione e di buona guida nella cura delle varie malattie. Non si troveranno in esso i lunghi formulari di tanti altri manuali, ma soltanto ben chiaramente esposti tutti quei mezzi terapeutici, siano essi medicamentosi o chirurgici, che possono recare maggior vantaggio nella lotta contro le varie affezioni morbose.

TR.

E. VILLA. *Il medico pratico*. Un vol. in-16° di 266 pag., rilegato. G. B. Paravia, editore. Torino, 1925. Prezzo L. 13.25.

L'A. ha raccolto nella prima parte di questo libro molte di quelle nozioni generali di uso corrente per i medici, tecnica medica, indicazioni di dosi e di azione dei medicamenti, cenni sulle analisi delle urine, sulla sterilizzazione, ecc. Nella seconda parte, dedicata alla terapia, per ogni malattia e per ognuno dei sintomi importanti, disposti per ordine alfabetico, sono indicati i metodi di cura più semplici, che il medico può aver dovunque a portata di mano.

Il libro è rampollato dalla lunga pratica dell'A. anche come medico condotto di Milano ed appunto ai pratici è dedicato, specialmente a quelli che, lontani dai centri possono trovare

nello svelto volumetto, dal formato comodamente tascabile, molti consigli che permettono di utilizzare i più svariati espedienti terapeutici Il presente lavoro è il rifacimento e l'ampliamento di una precedente edizione che era stata accolta dai medici con il favore che certamente non mancherà a questa. *fil.*

Formulaire-Astier, 3a edizione, 1925. — Librairie du Monde Médical. Prezzo Fr. 30.

In elegante veste tipografica è uscita testè la terza edizione di questo volume, ben noto al pubblico medico.

Già la mole del libro, considerevolmente accresciuta, dice come la presente sia qualcosa di più di una semplice revisione della precedente edizione. La maggior parte delle recenti conquiste nel campo della terapia, comprese quelle passate in rivista nel supplemento al Formulario comparso nel 1922, vi sono riportate, per modo che il volume è completamente aggiornato.

Il Formulario magistrale è arricchito di nomi e di dati nuovi e ampiamente rimaneggiati sono i capitoli sulle medicazioni fisiche e biologiche: si crede tuttavia di far osservare qui, a proposito della Crenoterapia, come le acque minerali considerate siano solo le francesi.

Notevolmente ampliata è anche la parte che riguarda la terapia delle singole malattie.

Si tratta insomma d'un libro utile e che resta tale nonostante la parte reclamistica, da cui del resto molte pubblicazioni del genere non restano immuni. E. V.

E. LEVI. *Un centro di studi e di attività sociali.* Un vol. in-8o di 224 pag. con tavole fotografiche. Edizioni dell'Istituto italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale. Roma 1925. Prezzo L. 10.

La presente pubblicazione espone le origini, lo sviluppo ed i fini dell'Istituto italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale, l'organizzazione attuale ed i suoi risultati, ed il programma avvenire in rapporto con le esperienze del passato. È noto che questo Istituto, di cui lo Statuto venne approvato dal Ministero dell'Interno, compie una provvida opera, ricercando, raccogliendo e vagliando le informazioni di indole igienico-sociale, conducendo e provocando indagini ed inchieste sulla medicina sociale ed esercita un'attiva propaganda ed uno stimolo per il coordinamento delle organizzazioni di beneficenza di cui tutela gli interessi. Esso partecipa inoltre all'applicazione delle moderne provvidenze che contribuiscono alla salute fisica e morale degli individui, provocando per tale scopo il consenso morale e l'aiuto dello Stato.

L'Istituto ha un introito annuale di oltre 300,000 lire (351,708 nel 1924), una ricchissima collezione di libri e riviste di tutto il mondo, messe in valore da un ampio schedario; esso ha dimostrato la sua attività anche con numerose pubblicazioni specialmente di propaganda e svolge la sua opera con una salda fede in un vasto programma di miglioramenti igienici e sociali. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 18 febbraio 1925.
Presidenza: Prof. G. PIANESE, presidente.

Sistema reticolo-endoteliale.

Prof. GIUSEPPE PIANESE. — Fa una minuta esposizione delle conoscenze che allo stato attuale si hanno sull'argomento, dal punto di vista morfologico.

I raggi ultravioletti nella cura delle adeniti veneree.

Dott. UGO TOMMASONE. — Espone i buoni risultati avuti con tale metodo di cura.

Seduta del 24 marzo 1925.
Presidenza: Prof. G. PIANESE, presidente.

Le funzioni del sistema reticolo-endoteliale.

Prof. GIUSEPPE PIANESE. — Espone tutto quanto la esperienza ha dimostrato riguardo la funzione del sistema reticolo-endoteliale, facendo poi una minuta critica sull'argomento.

Sugli attributi di grado usati dai Docenti dello studio generale desunti dall'esame di monumenti e di stampe napolitani.

Prof. MAURIZIO MASTRORILLI. — Illustra quattro fotografie di monumenti antichi di Napoli del secolo XIII al secolo XV, riguardanti individui appartenenti alla classe dei dottori delle arti e della medicina e ne trae argomento per dimostrare le differenze, che si notavano nelle loro divise accademiche secondo che appartenevano alla Curia, al Collegio dei Dottori, allo Studio e secondo che erano semplici lettori o conti palatini.

Gangli nervosi in alcuni muscoli striati e loro significato funzionale.

Dott. RANIERO PAPALE. — In relazione alla presenza di cellule nervose riscontrate lungo le sottili diramazioni dei nervi nella massa dei muscoli costrittori e dilatatori della glottide e della tromba di Eustachio, l'O. ha fatto ricerche tra i fasci di altri muscoli striati egualmente possibili di azione automatica, rinvenendone nel muscolo tensore del timpano e nel m. sphincter ani externus. Crede che tale reperto possa riferirsi ad un estremo spostamento di detti gangli verso la periferia

e perfino sulle diramazioni intramuscolari. Poichè le fibre simpatiche efferenti, originatesi dalle cellule dei cordoni (*strang zellen*) del midollo spinale, mediante i rami comunicanti bianchi raggiungono i gangli del simpatico da cui emanano fibre postgangliari che in parte ritornano ai nervi cerebro-spinali per distribuirsi alla periferia (organi simpatici dei tegumenti, etc.) può pensarsi che qualche fascio di fibre senza deviare nel sistema simpatico, decorra direttamente lungo detti nervi dove incontrerebbe gangli simpatici aberranti in un punto qualsiasi del loro decorso e perfino nelle esili diramazioni intramuscolari al di sotto del perimizio esterno. Dopo le classiche esperienze di GOLTZ ed EWALD, può ammettersi che le cellule simpatiche abbiano anche funzione di centro riflesso, perciò l'O. crede non potersi del tutto escludere che i gangli, eventualmente esistenti nella massa di alcuni muscoli striati possibili di movimenti involontari ed autonomi, rappresentino un centro riflesso periferico.

Sopra uno speciale microrganismo coltivabile nel sangue bovino.

Prof. NICOLA PANE. — Riferisce sopra un microrganismo da lui coltivato ripetutamente dal sangue di bue, rispettivamente siero, nel seguente modo. Il siero di bue separato nel modo ordinario (raccolto il sangue dalla carotide sezionata in grossi recipienti di vetro sterilizzati s'aspira il siero limpido colle debite cautele) si sterilizza alla Tyndall, cioè per 3 giorni a 65°, durante 3 ore in ciascun giorno, e poi il 4° giorno 3 ore a 69° in modo da averne la solidificazione in provette chiuse con ovatta. Le provette si tengono poi alla temperatura di 20° a 37° (a quest'ultima temperatura solo qualche giorno) e così in una considerevole percentuale di esse si ha lo sviluppo di un microrganismo affatto speciale, cioè:

1) Esso ha la forma di germi sferici di diversa grandezza, il cui massimo diametro è circa millimetri 0,003.

2) I microrganismi fondono leggermente il siero solidificato senza presentare traccia di coltura essendo solo reperibili all'osservazione microscopica (Zeiss imm. ad olio 1/12 ocul. 3).

3) Non sono trapiantabili in nessun terreno nutritivo, compreso il siero solidificato, dove si sviluppava una sola volta spontaneamente.

4) Non sono colorabili, che in soluzione acquosa di violetto di metile e debolmente in bleu di metilene.

5) Con ogni probabilità trattasi di microsporidi, la cui presenza nel bue è da ricercarsi in sezioni adatte. A. CHISTONI.

R. Accademia dei Fisiocritici di Siena.

Seduta del 24 aprile 1925.
Presidenza: prof. D. BARDUZZI, presidente.

Spasmofilia e gravidanza.

Prof. D. C. MERLETTI. — *Conclusioni.* — 1) In alcune gravide esiste uno stato di ipereccitabilità costituzionale meccanica ed elettrica del sistema nervoso — che si può misurare — e che induce una disposizione patologica a certi spasmi parziali e generali e a convulsioni tonico-cloniche;

2) Questo stato particolare, individuale merita di essere designato col nome di «*Spasmofilia delle gravide*»;

3) Tutti i fattori etiologici e patogenetici invocati a spiegare delle manifestazioni spastiche e convulsive della gravidanza non basterebbero a determinarle se non preesistesse questa latente ed individuale condizione spasmofilica;

4) Gli stimoli nervosi, meccanici e chimici (tossiemia) indotti dalla gravidanza sono i rivelatori di questa condizione individuale spasmofilica;

5) Si deve ammettere che l'essenza di questa spasmofilia consiste in una disfunzione ormonica dei più diversi organi endocrini, tra i quali, come nella spasmofilia degli infanti, le paratiroidi dimostrano, in modo dei più manifesti la loro insufficienza;

6) L'influenza patogenetica del fattore alimentare è tra le più sicure, ed acquista una importanza di primo ordine;

7) Le armi più efficaci per la profilassi e la terapia di questi stati spasmofilici sono rappresentati dalla terapia alimentare, dalla somministrazione di calcio, bromo, paratiroidi (Spasmolisina), dall'impiego dei raggi ultravioletti e dai mezzi ipotensivi;

8) In sostituzione del capitolo caotico delle tossicosi gravidiche eclamptiche ed aneclamptiche (iperemesi, dermatosi, idrope, ipertonia, vomiti) ha diritto di cittadinanza in ostetricia un nuovo capitolo quello delle «*spasmofilie della gravidanza*», che riunisce tutte le anzidette forme morbose, sotto il concetto patogenetico della condizione costituzionale spasmofilica dell'individuo.

Gravidanza al termine in donna precedentemente irradiata all'ovaio con la dose della castrazione temporanea.

Dott. PIERO PERAZZI. — La questione della opportunità di irradiare con piccole dosi le ovaie allo scopo di ottenere la sterilizzazione temporanea nella donna nel periodo della età feconda, merita di essere seguita con interesse, non solo per rilevarne i risultati immediati, ma, specialmente, per indagare se la prole che nasce, dopo la avvenuta irradiazione delle ovaie, presenta delle tare organiche.

È ammesso da tutti che la irradiazione, con piccole dosi, delle ovaie nei mammiferi, produce modificazioni permanenti degli elementi costituenti i follicoli in qualsiasi stadio di sviluppo essi si trovino, quindi alcuni autori ritengono, in ogni caso, dannosa, e quindi sconsigliabile, la irradiazione delle ovaie; noi però non dobbiamo riportare alla specie umana i risultati ottenuti sperimentando sopra animali, e prima di condannare la irradiazione delle ovaie in piccole dosi, sarà bene di raccogliere accuratamente tutti i casi di gravidanze che avvengono in donne precedente-

mente irradiate, tenendo specialmente conto del destino dei bambini.

Per questo ho creduto utile rendere noto un caso da me osservato: Una donna irradiata colla dose della castrazione temporanea, dopo otto mesi di amenorrea è rimasta incinta ed ha partorito un feto al termine e regolarmente sviluppato. Mi riprometto di seguire ulteriormente il bambino nelle sue varie fasi di sviluppo.

Da una statistica raccolta ho potuto inoltre rilevare che la percentuale degli aborti e dei parti prematuri nelle donne irradiate non è superiore alla percentuale che si osserva abitualmente, e che i bambini nati e seguiti, alcuni fino al dodicesimo anno di età non hanno manifeste tare organiche. Noi non intendiamo ammettere la innocuità della irradiazione delle ovaie ma riteniamo che la questione è ancora *sub-iudice* e facciamo voti che tutti coloro i quali hanno l'opportunità di osservare gravidanze in donne precedentemente irradiate, rendano noto l'esito della gravidanza e la sorte del bambino possibilmente per tutto il primo decennio di vita.

Noi per ora eseguiamo la irradiazione a piccole dosi delle ovaie solo nelle donne che hanno oltrepassato il trentesimo anno di età, che hanno prole, e che sono affette da malattie che ne menomano la attività generatrice.

Le ernie da trauma diretto.

Dott. R. REDI. — Parla delle ernie artificiali che furono studiate specialmente in Russia dal Galin, quindi le differenzia dalle ernie da sforzo e dalle ernie da trauma diretto. Venendo a parlare di queste ultime l'O. studia accuratamente i casi trovati nella letteratura (8), e quindi passa ad esporre i propri osservati nella Clinica Chirurgica di Siena. Conclude affermando che le ernie da trauma diretto sono rare, che esse sono ben differenti dalle altre ernie anche dal punto di vista anatomo-patologico, che non hanno molta tendenza alla progressione e che la cura di esse sarà chirurgica, ma atifica a seconda della sede e della particolarità anatomica.

Una modificazione utile nella tecnica operativa delle fistole vescico- e retto-vaginali.

Prof. CESARE MERLETTI. — Rilevata la frequenza con cui si hanno insuccessi operativi impiegando i comuni metodi di cura delle fistole vescico- e retto-vaginali, ne ricerca le cause e si propone di ovviare ad esse suggerendo un procedimento che si differenzia per ciò che la chiusura del canale fistoloso è ottenuta formando una piega estroflessa comprendente mucosa vaginale, muscolare e mucosa vescicale (o rettale), su cui getta un filo di strettura in massa, affondando, poi, l'imbuto così stretto, sotto doppio piano di sutura muscolare e mucosa.

Otto casi (sei di vescico-vaginale e due di retto-vaginale) operati con questa tecnica hanno dato costante successo: degno di nota un caso di fistola vescico-vaginale operato inutilmente da altri. L'O. è contrario all'uso del catetere a permanenza e dà molta importanza al trattamento preparatorio della vescica e della vagina. La razionalità del metodo usato trova conferma dalle ricerche sperimentali di Nassetti, sul destino delle pieghe vescicali introflesse ed estroflesse. D. B.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 15 febbraio 1925.
Presidenza del prof. A. TESTI.

La prova dell'alizarina per la diagnosi della tubercolosi.

M. LORETI (Imola). — L'O. ha studiato la prova dell'alizarina proposta da RONCAL.

Il Roncal afferma essere la suddetta prova *positiva* quando il liquido ed il precipitato, che si ottengono dall'unione dell'escreato in esame e di acqua distillata, assumono color *rosso amarillento* (rosso giallastro) e negativa quando la colorazione diviene *rosiza* (rossastra). Gli AA. italiani invece hanno concluso, essere vera e molto probativa la prova dell'alizarina, ma a differenza dell'A. spagnuolo, la dicono positiva quando si ottiene colore *amaranto*. L'A. su 65 escreati esaminati, ne ha trovati 48 con prova dell'alizarina positiva (rosso-giallastro-giallastro-giallo) di cui 38, di pazienti affetti da tubercolosi polmonare e 10 di pazienti esenti da tale malattia; 17 escreati hanno presentato la prova negativa, di cui 6 di tubercolotici ed 11 di altri malati. Nonostante questi risultati, molto lusinghieri e favorevoli per la prova dell'alizarina, essa deve essere ancora studiata e controllata.

Sulla sierodiagnosi del cancro con la reazione del Bothelo.

A. MALAGUTI (Imola). — L'O., descritta la tecnica della reazione e riportate le conclusioni a cui sono giunti gli sperimentatori che finora si sono occupati dell'argomento, espone i risultati ottenuti dallo studio di 250 sieri, dei quali 16 di individui affetti da tumori e 234 di soggetti presentanti svariate forme morbose. Fra i primi le reazioni positive raggiunsero la percentuale del 56,25 per cento e fra i secondi del 9,40 per cento.

Discussi i risultati, l'O. ritiene che la reazione in parola, non essendosi mostrata specifica e caratteristica per il cancro, nè precoce rispetto al decorso della malattia, non possa essere considerata come un indice patognomonico sicuro.

Cisti echinococco epatica. Metastasi cerebrale?

CEREDI (Cesena). — Scorrendo la bibliografia ha notato che le cisti cerebrali sono rarissime.

Il caso che presenta è affetto da epilessia jacksoniana al braccio sinistro, che data da 27 anni, senza altri fenomeni importanti e senza gravi segni di compressione cerebrale. Vi sono però Babinski a *destra*, areflexia dei rotulei e rigidità pupillare. Inoltre si trova una cisti epatica accertata sia clinicamente che radiologicamente. Si impone la diagnosi di cisti di echinococco cerebrale, anche se non vi sono segni di ipertensione

cerebrale, perchè questi sogliono talora essere tardivi o addirittura mancare, nelle cisti di echinococco cerebrale.

Per la diagnosi di sede ritiene probabile quella optostriata di destra.

CAPEZZUOLI (Imola). — Riferisce due casi di cisti cerebrali con scarsa sintomatologia.

Ricerche sperimentali sul peritoneo di cavie sane e malate, con l'argento colloidale.

PANTALEONI (Forlì). — Prendendo lo spunto dalla comunicazione del prof. SOLIERI circa l'azione curativa dell'argento colloidale immesso direttamente nel peritoneo di ammalati di peritonite circoscritta e diffusa, ha voluto studiare l'azione biologica locale e generale dell'elettrargolo iniettato nelle sierose peritoneali sane e ammalate.

Dalle sue ricerche conclude: l'argento colloidale viene assorbito dal peritoneo con la stessa rapidità e per le stesse vie delle altre sostanze granulari.

L'elettrargolo usato a dosi e a tempo opportuno per iniezione diretta sulla sierosa infiammata produce un notevole richiamo di leucociti, un aumentato potere fagocitario ed un innalzamento dell'indice opsonico.

Lesioni epatiche e patogenesi delle sindromi amiostatiche postencefalitiche.

A. GRAZIANI (Imola). — L'O. in undici casi di postumi di encefalite epidemica (8 dei quali presentavano sindrome parkinsoniana e 3 sopratutto alterazioni psichiche) ha eseguito numerosissimi e svariati saggi della funzionalità epatica; in altri tre casi di sindrome parkinsoniana post-encefalitica ha fatto l'esame anatomo-istologico del fegato. Richiama i dati consegnati sulla letteratura.

Discutendo il significato e l'importanza di eventuali lesioni epatiche per la patogenesi delle sindromi amiostatiche postencefalitiche, l'O. giunge alla conclusione che finora non esiste alcun argomento sicuro che autorizzi a riconoscere nelle alterazioni epatiche un fattore primitivo e causale delle lesioni nervose centrali, e neppure ad ammettere che le alterazioni epatiche e quelle nervose siano espressione parallela di una stessa causa tossica (ad es. enterogena) come nella teoria di Buscaino; tutt'al più si potrebbe considerare la lesione epatica come condizione intermedia per la genesi di tossici capaci forse di aggravare (ma soltanto come fattore secondario, generico e non necessario) le alterazioni del sistema nervoso centrale, nei punti già offesi dal processo infiammatorio iniziale.

Considerazioni sopra un caso di leucemia mielogena acuta.

P. STEFANELLI (Forlì). — L'O. riferisce sopra un caso di leucemia mielogena a decorso acuto, sviluppatasi dopo un traumatismo. Le condizioni precedenti di salute del soggetto ottime, per sicuri accertamenti eseguiti dopo il trauma, il decorso acuto della forma leucemica, la sede del traumatismo alla regione laterale del torace sinistro, le lesioni anatomo patologiche dimostrate, inducono nel loro insieme a ritenere che il traumatismo abbia avuto una parte importantissima nell'eziologia del processo leucemico.

I. CIVALLERI (Faenza). — Riferisce sopra un caso recentemente osservato di leucemia mieloide, interessante per il reperto nel sangue circolante di tipici emoistioblasti, nella proporzione di circa 2 per ogni 500 leucociti.

Oltre ai caratteri morfologici, strutturali, mette in rilievo il significato di questi elementi che derivano dal tessuto connettivo, al quale, secondo la moderna concezione ematologica unitaria, è riservata una notevole importanza nella istogenesi di molte emopatie sistematiche, segnatamente delle leucemie; potendo esso, in condizioni patologiche, e per stimoli di natura non ancor nota, riacquistare, almeno in parte, le sue proprietà primordialmente emopojetiche.

Febbre maltese e aborto contagioso delle bovine.

GIUGNI F. (Lugo) e P. ROSSI (Lugo). — Gli OO. rilevando l'estendersi della febbre maltese in alcune zone di Romagna, sovente in forma di nuclei epidemici famigliari, confermano pienamente il rapporto tra l'aborto epizootico delle vaccine e la comparsa della infezione nell'uomo, già illustrato dai dottori FICAI e ALESSANDRINI.

Dissentono invece nettamente dai detti AA. nel ritenere che la infezione umana sia una sindrome nuova e distinta dalla infezione melitense. E ciò in base allo studio clinico di più casi e alle ricerche sierologiche e batteriologiche che non confermano quelle dei suddetti Autori.

Insufflazioni di ossigeno nella peritonite essudativa tubercolare.

F. CONTARINI (Rimini). — Riferisce di 4 casi di peritonite essudativa tubercolare trattati con insufflazioni di ossigeno previa paracentesi nell'Ospedale Civile di Rimini (Sezione Chirurgica diretta dal prof. L. SILVESTRINI).

All'evacuazione di 3000-5000 cc. di essudato fa seguire la insufflazione di 300-500 cc. di ossigeno. L'intervento dopo un periodo reattivo di breve durata è seguito da un graduale ritorno allo stato di salute e da una guarigione costante e definitiva nel corso di pochi mesi.

Dai risultati ottenuti conclude:

1) Che il metodo usato della insufflazione di ossigeno previa paracentesi è da preferirsi a tutti i trattamenti di cura chirurgici nella peritonite essudativa tubercolare per la sua semplicità e per la sua efficacia uguale se non superiore alla laparotomia.

2) Ha sul trattamento laparotomico il vantaggio di risparmiare un atto operatorio con tutte le sue conseguenze.

3) Le piccole dosi di ossigeno, al massimo 100 cc. per ogni litro di essudato evacuato danno un risultato più rapido e più sicuro delle grandi dosi.

Dott. PAOLO GALLI - Faenza, *Segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

Le emottisi bronchiettasiche.

La dilatazione aneurismatica dei bronchi, la quale va distinta dalla dilatazione cilindrica, è una malattia altamente emottoica, fatto riconosciuto da tutti gli autori; secondo F. Bezançon e R. Azoulay (*Paris médical*, 17 genn. 1925) l'emottisi è tanto frequente che può considerarsi come parte del quadro della bronchiettasia.

Queste emottisi possono trovarsi nelle forme senza espettorazione come in quelle in cui l'espettorazione è continua od intermittente; esse possono essere anche legate a fattori accessori (catamenii, insufficienza cardiaca secondaria, ipertensione, gangrena polmonare secondaria, tubercolosi associata). L'emottisi può essere piccola, media ed abbondante e si accompagna a scarsi sintomi generali, fra cui è da notarsi un lieve innalzamento di temperatura nelle emottisi medie ed un abbassamento in quelle abbondanti; per lo più i malati non sentono nemmeno il bisogno di lasciare le proprie occupazioni.

La diagnosi non è difficile quando si tratta di individui con grandi dilatazioni ed espettorazione abbondante; lo studio della pressione venosa e dei segni di insufficienza cardiaca destra permettono di rapportare alla stasi venosa del piccolo circolo od all'embolismo polmonare le emottisi poco abbondanti. Tuttavia si potranno incontrare difficoltà nel distinguere questa forma dalla pleurite purulenta incistata (in cui si avranno elementi di giudizio con la radiografia al lipiodol) e da certe forme di gangrena polmonare in cui, dopo i primi incidenti impressionanti, si ha un andamento torpido con emottisi.

Assai delicata è invece la diagnosi quando si tratta di un individuo in piena salute senza espettorazione. In tal caso, eliminate le cause di errore banale (emorragie dallo stomaco, dalle gengive, ecc.), si penserà anzitutto alla tubercolosi; un carattere differenziale importante delle forme bronchiettasiche consiste nella presenza di una sindrome cavitaria transitoria in corrispondenza dei focolai di dilatazione bronchiale; talvolta però la dilatazione è rivelata solo dalla radiografia dopo l'introduzione di lipiodol. Altre malattie per cui si esige la diagnosi differenziale sono il cancro del polmone e la cisti idatide, in cui l'esame radiologico e le reazioni sierologiche porteranno il necessario sussidio.

Tenuto conto della frequenza con cui la dilatazione bronchiettasica è di origine sifilitica, si imporrà il trattamento antiluetico con i sali di bismuto e, secondariamente con il mercurio, evitando gli arsenicali e lo joduro.

Il trattamento generale si confonde con quello delle emottisi; vaso-dilatatori, tipo emetina, coagulanti (siero gelatinato; il cloruro di calcio è inutile) e le iniezioni modificatrici endovenose di 10 cm. di citrato di sodio a 30%.

Nelle emottisi gravi possono venire discussi i trattamenti meccanici, quali il pneumotorace e la frenicotomia. *fil.*

Caratteri delle polmoniti da pneumobacillo di Friedländer.

Le infezioni da bacillo di Friedländer sono tutt'altro che eccezionali e vengono di solito rivelate soltanto dall'esame batteriologico. Invece, come osservano A. Lemierre e M. Léon-Kindberg (*Paris médical*, 17 gennaio 1925) la localizzazione polmonare di tale bacillo presenta dei caratteri clinici ed anatomo-patologici tali da poterle facilmente riconoscere.

Esse sono caratterizzate da pneumonite massiva iperacuta, oppure diffusa suppurata subacuta, da ascesso polmonare circoscritto con formazione di caverna. Durante la vita, l'origine può essere sospettata da segni clinici (intensità dell'ottusità, soffio tubario molto rude, aspetto sanguinolento degli sputi), da reperti di laboratorio (massa enorme di microbi nello sputo, frequenza delle emocolture positive).

I caratteri di queste lesioni, la loro tendenza alla diffusione, la loro evoluzione rapida verso la necrosi del parenchima polmonare si spiegano con l'enorme pullulazione dell'agente patogeno nelle lesioni stesse. *fil.*

TERAPIA.

La terapia del mal di mare.

Recentemente Ribolla, considerate le varie teorie sulle cause del mal di mare, indicava come più probabile una eccessiva stimolazione del nervo vestibolare e conseguente irritazione del vago. Il mal di mare presenta infatti la sindrome che si può osservare in soggetti sensitivi eccitando il nervo vestibolare con una semplice iniezione di acqua calda o fredda nel meato uditivo esterno.

Il mal di mare non è una affezione « sui generis », ma una forma particolare della malattia da movimento, di cui altre varietà sono le nausee associate all'areoplano, al treno, al ballo, ecc.

I lattanti e i vecchi sono per lo più immuni, come è da aspettarsi in una condizione nervosa funzionale qual'è il mal di mare. Bédart e altri

affermano che i sordo-muti sono immuni dalle malattie da movimento.

Ammettendo che il centro del vomito sia eccessivamente stimolato da impulsi centripeti prevalentemente vestibolari, è ovvio il trattamento: diminuire l'attività del centro del vomito con i bromuri e il cloralio, o diminuire la conducibilità del vago con l'atropina.

L'atropina è adesso in grande favore, ma la sua azione non è sempre soddisfacente, nè scevra di pericoli. Secondo Porter la iosciamina, l'isomero sinistro dell'atropina, non è più tossica ed è due volte più attiva.

Moxey (*British Med. Journal*, 6 dicembre 1924) osserva che il cloralio e il bromuro bene adoperati prevengono ogni sofferenza: ma la somministrazione *per os* ne è impossibile nel malato di mal di mare: essi vengono subito restituiti.

Tale difficoltà è facilmente superata dando i medicinali per via rettale: Allen e Hanburys mettono in commercio dei suppositori che resistono perfettamente ai tropici, si sciolgono facilmente nel retto e non dànno irritazione locale.

I mezzi sussidiari non vanno trascurati: quali lo star sdraiati, il caldo, il tener gli occhi chiusi e l'usare una panciera.

Questo mezzo di cura presenta sui mezzi per via orale i seguenti vantaggi: 1) assicura l'azione prolungata del medicinale; 2) non dà disturbi gastrici. Come preventivo si debbono usare due suppositori al giorno per i primi tre giorni di navigazione.

Se si vede il p. quando è già sofferente si daranno fino a quattro suppositori al giorno, uno ogni 3-4 h. Se il viaggio è breve si dovrebbe usare un suppositorio tre ore prima dell'imbarco, e un secondo subito prima della partenza. Non v'è alcun pericolo purchè si smetta la somministrazione appena appare sonnolenza.

M. MARGOTTINI.

Il trattamento degli stati spasmodici con il benzoato di benzile e il monobenzilamide dell'acido ftalico (achinetone).

Fu D. I. Macht che nel 1918 stabilì che fra gli alcaloidi dell'oppio, bisognava distinguere due gruppi: uno con a capo la morfina, stimolante la tonicità dei muscoli lisci e l'altro, avente un'azione inibitrice rappresentato dalla papaverina, concludendo che l'azione di quest'ultima era dovuta al gruppo benzile contenuto nella sua molecola.

Le ricerche fisiologiche e chimiche fatte con l'acetato ed il benzoato di benzile e con l'alcool benzilico hanno pienamente confermato le previsioni di Macht. Pure al radicale benzile bisogna attribuire le proprietà terapeutiche del monobenzilamide dell'acido ftalico o più brevemente achinetone, proprietà d'altronde simili a quelle del benzoato di benzile.

Roch e Katzenelbogen (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, dicembre 1924) hanno esperimentato l'achinetone (sotto forma di tavolette di 50 ctg. nella dose di 4 o 5 al giorno) in malati con affezioni varie di cui il solo carattere comune era presentato dagli spasmi, ognuno di natura patogenetica e localizzazione differente.

I casi da essi osservati possono suddividersi in: affezioni del tubo digerente; diversi stati spasmodici; casi d'ipertensione.

Affezioni del tubo digerente. Gli AA. riportano due casi di spasmo dell'esofago le cui crisi dolorose, della durata abituale di 2-3 ore furono calmate costantemente in 5-10 minuti o al massimo in mezz'ora con 2 tavolette di achinetone.

In affezioni intestinali, dove i disturbi non potevano essere attribuiti che a un gastro- o enterospasmo, e in cui un trattamento alcalino non aveva portato nessun miglioramento, la somministrazione di 2-3 tavolette di achinetone prese dopo i pasti per circa 2 mesi, condusse i malati a perfetta guarigione.

L'azione antispasmodica dell'achinetone potrebbe, in una certa misura, aiutare a stabilire la diagnosi differenziale fra turbe funzionali ed organiche alla medesima guisa che l'atropina e la papaverina.

Buoni risultati si possono anche avere nelle forme d'ipercloridria.

Diversi stati spasmodici. In tutte le affezioni nelle quali si usano volentieri la belladonna o l'atropina, l'achinetone dà ottimi effetti.

In una ragazza vago-tonica e sofferente di crisi d'asma bene influenzate da iniezioni di adrenalina, l'achinetone somministrato per bocca tra le crisi e per via endovenosa durante l'accesso ebbe la medesima azione favorevole dell'adrenalina.

Risultati soddisfacenti gli AA. hanno anche ottenuto in parecchi casi presentanti la sintomatologia di spasmi vascolari: formicolii alle estremità, sensazione del dito morto, crisi dolorose alle estremità inferiori con il carattere di claudicazione intermittente.

Trattamento dell'ipertensione. Gli AA. hanno studiato 30 malati (sia arteriosclerotici, sia cardiorenali, sia soggetti con affezioni diverse senza segni renali o cardiaci ma presentanti ipertensione da crisi vascolari) e dal loro studio hanno potuto vedere che mentre nei casi di nefrite cronica a forte tensione, si hanno scarsi risultati, al contrario negli arteriosclerotici senza fenomeni renali, le modificazioni di pressione sono state, nella maggior parte, di 1-2 e in un caso di 3 divisioni dell'apparecchio di Vaquez-Laubry.

Risultati più costanti sono stati ottenuti nel-

l'ipertensione da angiospasmo, dove l'abbassamento della pressione fu frequentemente da 2 a 3 e in un caso di 5 divisioni.

In molti malati è stato notato miglioramento generale, diminuzione delle crisi, dei dolori, delle vertigini: tutto ciò parallelamente all'abbassamento della pressione sanguigna.

A. POZZI.

La teocina nel trattamento dell'ipertensione arteriosa e degli accessi di angina.

Secondo le ricerche di A. Teodan (rif. in *Giornale di clinica medica*, 10 febbraio 1925) la teocina (isomera della teobromina) paralizza le reti vaso-costrittive dei visceri addominali, e le reti eccito-secretorie delle capsule surrenali contenute nei nervi splancnici. Per tale azione, esercitata sul simpatico addominale, si spiegherebbe l'ipotensione arteriosa prodotta da tale medicamento.

Clinicamente, l'azione si traduce nel modo seguente, nei casi di ipertensione arteriosa e di aortiti con crisi di angina. Le dosi di 40-60 cg. al giorno (in polveri da 20 cg.) sono bene sopportate e possono continuarsi indefinitamente. È bene però somministrare il medicamento per periodi di 10 giorni, seguiti da 10-20 di riposo. La dose di 1 g. al giorno può dare vertigini o tachicardie.

Gli accessi di angina che si osservano nelle aortiti sifilitiche o banali sono soppressi od attenuati durante i periodi in cui si somministra il rimedio. La tensione arteriosa si abbassa di 2-6 cmc. di mercurio e questa caduta si mantiene talvolta soprattutto con trattamento intermittente di breve durata.

Probabilmente, la diminuzione della tensione arteriosa dipende da una diminuzione dell'eccitabilità del simpatico e indirettamente dalla funzione del sistema cromaffine.

fil.

La somministrazione del salicilato di sodio.

Si dovrà evitare di somministrare il salicilato di sodio in cartine, o almeno gli si associerà un alcalino, p. es., salicilato di sodio, bicarbonato di sodio, ana cg. 50; da prendere ogni 2-4 ore.

Raccomandabile è la forma di pozione convenientemente aromatizzata: Salicilato di sodio, g. 12; Bicarbonato di sodio, g. 10; Rum vecchio, g. 40; Acqua distillata, Sciroppo di corteccia di arancio amaro, ana g. 100; da prendere a cucchiai ogni 3 ore. Oppure: Bicarbonato di sodio, g. 5; Salicilato di sodio, g. 12; Sciroppo di lamponi, g. 100; Acqua distillata fredda, g. 210; filtrare su cotone idrofilo. È conveniente prendere queste pozioni in una tazza di infuso caldo, in modo da diluire il rimedio.

Sono convenienti anche i clisteri assai piccoli per evitare che vengano evacuati. Si può fare un clistere con un cucchiaio della seguente miscela: Salicilato di sodio, g. 16; Gomma arabica, g. 4; Latte bollito q. b. per g. 120. Se vi è intolleranza aggiungere qualche goccia di laudano.

Nei bambini, si daranno i suppositorî. Salicilato di sodio, cg. 50 (per ogni anno di età); Burro di cacao, g. 2. Se ne farà introdurre uno ogni due ore.

(*Journ. d. méd. de Paris*, 3 gennaio 1925).

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Il cloruro di calcio nella pleurite essudativa. — Al dott. G. Siciliano di Riesi:

Il metodo curativo del Blum nella pleurite essudativa consiste nella somministrazione di forti dosi quotidiane (da 15 a 30 gr.) di cloruro di calcio, facendo precedere ed accompagnare tale somministrazione da dieta declorurata.

Si comincia con l'istituire il regime declorurato (vedi a pag. 60 della Tecnica terapeutica del Masci), e dopo tre giorni di tale regime s'inizia la somministrazione per via orale del cloruro di calcio. Questo deve essere puro, cristallizzato, e dato in soluzione acquosa molto diluita o meglio in pozioni sciroppose mucillaginose od in emulsioni (per evitare l'azione caustica e mascherare nello stesso tempo il cattivo sapore). Si può così formulare:

Cloruro di calcio purissimo cristallizzato gr. 15.
Acqua distillata gr. 30.
Mucillagine di gomma arabica al 30 % gr. 100.
Tintura di cannella gr. 25
Latte od emulsione oleosa q. s. per cc. 400.
S. da consumarsi nella giornata.

Questa dose di cloruro di calcio, che progressivamente si può elevare fino a 30 gr., sarà ripetuta tutti i giorni e nel frattempo si continuerà la dieta declorurata.

In caso di effetto benefico si noterà subito un aumento della diuresi (il cloruro di calcio in ambiente declorurato agisce come diuretico) e nello stesso tempo il rapido riassorbimento del liquido pleurico. Se dopo 6 giorni dalla somministrazione del cloruro di calcio niente di tutto questo è accaduto, si desista pure da tale metodo curativo, poichè non darà più l'effetto desiderato.

B. MASCI.

Cura dell'edema acuto del Quincke. — All'abbonato n. 4207:

Innanzi tutto conviene consigliare al soggetto di evitare tutte le cause occasionali del disturbo

(strapazzi, raffreddamenti, intossicazioni, emozioni, ecc.).

Come medicamenti sono stati suggeriti l'atropina, la chinina, prodotti opoterapici varî, tra i quali il più consigliabile è la paraganglina Vassale. *dr.*

Il calcio nella cura della nevralgia e della corea. — All'abbonato n. 2461-1:

I sali di calcio hanno un'azione sedativa e sono stati adoperati utilmente nella cura della tetania.

Nella corea, ed ancora meno nelle nevralgie, la loro efficacia non è confermata.

Si somministra il cloruro di calcio cristallizzato nella quantità di 5-6 grammi *pro die* in soluzione edulcorata.

dr.

Lampada di quarzo. — All'abb. n. 6818:

La lampada di quarzo tipo Hanau è uno dei tipi oggi più comunemente usato. La sua azione terapeutica in determinati casi è indiscussa specie per lesioni cutanee o per irradiazioni generali o per ferite torpide, seni fistolosi, ecc. Se la fototerapia fosse indicata solo per applicazioni cutanee può servirsi della lampada Kromayer la quale porta come accessori filtri e compressori in quarzo e la sua azione può essere più localizzata.

Ogni tipo di lampada ha le sue applicazioni particolari: la letteratura sull'argomento è vastissima e appare oggi indiscussa l'azione della fototerapia artificiale: può consultare il primo volume del « Lehrbuch der Strahlenth. », recentissimo, ed. Urban; o Haussmann: « Fondamenti della biologia e della patologia della luce » (Urban, ed.) o il volume del Guilleminot (Masson, ed.).

MILANI.

Terapia della vitiligine. — All'abb. n. 4504:

I tentativi fatti con sostanze irritanti applicate localmente, crisarobina (cautela per gli occhi!), senapismi, ecc., allo scopo di provocare una pigmentazione delle chiazze prive di pigmento, sono per lo più infruttuosi. Si può tentare una cura etiologica ove si sospetti un'origine infettiva (lues) o endocrina. Vedi in proposito: GARZELLA, *Vitiligine e disfunzione ovarica*, Gazzetta medica napoletana, n. 11, 1923; ed ARTOM, *Vitiligine ed ipofunzione ovarica*, Giorn. ital. delle mal. veneree e della pelle, 1923, p. 614.

V. MONTESANO.

Al dott. U. D. da Palermo, abb. n. 10363:

Sul metodo Cruto per il dosamento del glucosio nel sangue, troverà una relazione dello stesso A. negli Atti del XXIX Congresso della Società italiana di medicina interna, 1924.

fil.

VARIA.

L'annullamento del matrimonio per impotenza della donna.

L'art. 107 del codice civile, che tratta dell'impotenza manifesta e perpetua, anteriore al matrimonio, causa di nullità del matrimonio stesso, non è chiaro nella sua dizione, per cui spesso si sono avuti giudizi errati su questo argomento.

Alcuni magistrati hanno inteso per impotenza nella donna l'*impotentia coeundi*, altri quella *generandi*.

P. Carlini (*La Clin. Ostr.*, n. 12, dicembre 1924) traendo argomento da due sentenze in proposito, contraddittorie, piglia in esame gli altri articoli del codice civile che al 107 si ricollegano, ed opina che nella donna, in cui i casi di *impotentia coeundi* sono rari, rispetto a quelli degli uomini, per *manifesta* si debba intendere l'*impotentia generandi*, quando vi siano evidenti alterazioni a carico dell'utero, delle tube e delle ovaia; queste condizioni possono legalizzare l'annullamento del matrimonio.

Infatti, secondo l'A., lo scopo del matrimonio non si riduce al solo transitorio piacere del coito, ma va più oltre, verso il pensiero d'una famiglia da formare; e mentre nell'uomo ogni *impotentia coeundi* porta con sè anche quella *generandi*, nella donna invece queste due condizioni non sono legate, onde l'intenzione del legislatore bisogna intenderla, nella donna, come una impossibilità alla procreazione permanente ed anteriore al matrimonio. CARUSI.

A che ora si nasce.

È opinione corrente che il maggior numero di nascite avvenga di notte.

Il dott. Boyer di Helsingfors ha controllato l'ora di nascita di 7751 nascite spontanee. 3887 nacquero in ore diurne e 3864 in ore notturne, il che significa non vi è per le nascite nessuna prevalenza diurna e notturna; anche per quanto riguarda le ore non si hanno notevoli differenze.

Il massimo scarto si ha confrontando le nascite del periodo tra le sei e le nove del mattino che sono 1059 in confronto colle nascite del periodo fra mezzogiorno e le 3 del pomeriggio che risultano solo 905.

(*Pathologica*, 15 febbraio, 1925).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BRUSA PIETRO. *Contributo allo studio del linfogranuloma maligno.* — Messina, Giuseppe Principato, 1923.

CAFFARATTI e GAIDANO. *La proteinoterapia nelle infezioni studiata dal punto di vista della formula leucocitaria.* — Torino, Tip. S. A. E., 1923.

CHIARUGI G. *Per gli assistenti universitari.* — Siena, Tip. S. Bernardino, 1923.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

X Congresso Nazionale della Federazione degli Ordini dei Medici.

Ha avuto luogo in Roma nella propria sede al Foro Traiano, 1, nei giorni 25-26 aprile u. s.

Il presidente GALLENGA porge ai numerosi convenuti rappresentanti la grandissima maggioranza degli Ordini federati il cordiale saluto a nome del Consiglio federale e dell'Ordine di Roma. Rivolge pure con parole calde di patriottismo il benvenuto alla Rappresentanza dell'Ordine di Fiume divenuta ora parte integrante della grande Madre Italiana.

L'Assemblea designa a Presidente il prof. D'ORMEA di Siena. Sono eletti vice presidenti i dottori MAIORANA e TONELLO e segretari i dotori BARBIERI e FUÀ.

Il prof. GALLENGA legge quindi la relazione morale dando ragguaglio sullo stato della Federazione nell'ottobre 1924 e sulle difficoltà di ordine morale e finanziario incontrate. Spiega il migliorato finanziamento del Bollettino federale, che ora è attivo per 24,000 lire.

Il presidente D'ORMEA esprime a nome dei colleghi il più vivo ringraziamento al Presidente federale per l'importante relazione esposta. Si apre quindi la discussione con osservazioni del dottor CAMPOLI che dichiara che la Federazione degli Ordini deve continuare ad esistere con la partecipazione però di tutti i medici italiani, e che invoca altresì, analogamente a quanto propone la legge in discussione per gli Ordini forensi, l'istituzione di una suprema magistratura per gli Ordini sanitari. COEN-CAGLI fa osservazioni circa il disegno di legge contro l'esercizio abusivo, lamentando la mancanza di facoltà agli Ordini di costituirsi parte civile in giudizio.

CAPECE di Napoli lamenta che l'Ordine cui appartiene dopo il chiaro programma svolto dal Consiglio federale che consente la collaborazione coi Sindacati non pensi e non voglia rientrare nella Federazione.

PASINETTI conferma come i precedenti oratori l'ampia possibile intesa nel programma d'azione tra la Federazione e i Sindacati, e REBAUDI di Genova dice che la condotta del proprio Ordine può valere come buona prova dimostrativa, ed infine GIGLIOLI, illustrando ancora i concetti che provano la possibilità e la utilità d'intesa tra la Federazione e i Sindacati, dice che la Federazione è la famiglia di tutti i medici italiani e quindi tutti debbono considerarsi aderenti perchè il Consiglio federale intende combattere per tutti.

Il presidente GALLENGA ringrazia dando chiarimenti ai precedenti oratori e l'assemblea approva ad unanimità la relazione morale votando il seguente ordine del giorno:

« Il X Congresso federale prende atto, e plaude alla relazione morale della Presidenza del Consiglio federale, e fa voti che gli Ordini ancora distaccati tornino a far parte della Federazione perchè questa rappresenti armonicamente tutta la classe medica italiana. F.to: CAMPOLI ».

VILLA, rappresentante dell'Ordine di Milano, approvando il programma esposto nella relazione del Consiglio federale preannunzia il ritorno dell'Ordine di Milano nella Federazione e l'Assemblea applaude calorosamente.

Seduta pomeridiana del 25 aprile.

Sono nominati revisori dei conti per l'anno 1925 i dottori Bartera Umberto e Pennacchio Domenico, residenti a Roma; e si passa alla discussione del tema: « La funzione degli Ordini nella compilazione delle tariffe speciali per i medici condotti e nell'applicazione del D. L. 39 dicembre 1923 ».

Parlano sull'argomento GALLENGA, CAMPOLI, D'ORMEA, LURASCHI, MAIORANO, NAPOLI, RIVA, LUZZATTO, BUGLIONI, PASSAMONTI, RONCONI, MARTINELLI, BRACCINI, GIGLIOLI, VACINO.

GALLENGA presenta un ordine del giorno a nome anche del collega CAMPOLI del seguente tenore:

« Il X Congresso federale;

considerato che la riforma sanitaria del 30 dicembre 1923 ha valorizzato la funzione degli Ordini dei medici per le varie disposizioni di legge;

fa voti che il parere del Consiglio dell'Ordine sia sempre richiesto tutte le volte che le disposizioni di legge debbono essere applicate e che di conseguenza il rappresentante dell'Ordine faccia parte di tutte le Commissioni e Consessi provinciali che debbono trattare questioni sanitarie sia di vigilanza igienica, che di assistenza; ritiene che nel compilare le tariffe speciali per le prestazioni agli abbienti da parte dei medici condotti i Consigli degli Ordini si debbono attenere a una tariffa che sia eguale a quella per tutti gli altri medici della provincia;

domanda al Governo che accogliendo le richieste della categoria dei medici condotti venga istituita la provincializzazione dei servizi di assistenza sanitaria e di profilassi e vigilanza igienica.

F.ti: GALLENGA - CAMPOLI ».

Viene approvato.

Vengono successivamente illustrati ed approvati i seguenti ordini del giorno:

« Il X Congresso federale fa voti:

1° che nel regolamento sia chiarita la portata della parola *speciale* nei riguardi della tariffa per le prestazioni dei medici condotti ai non poveri; e comunque non possa mai interpretarsi nel senso che il compenso debba essere inferiore a quello degli altri medici liberi esercenti;

2° che sia abrogato l'art. 38 della legge 30 dicembre 1923, o quanto meno temperato in sede di regolamento nel senso che non si possa procedere al licenziamento dell'ufficiale sanitario senza la regolare contestazione degli addebiti, per come praticasi in casi simili pei medici condotti e per le levatrici condotte, che hanno diritto alla disdetta;

3° che la G. P. A. in tutte le questioni concernenti materia d'indole sanitaria sia integrata da un rappresentante avente voto deliberativo, scelto dai Presidenti degli Ordini;

4° che in sede di regolamento siano definiti in modo preciso tutti i casi, in cui il Prefetto potrà sostituirsi all'Ordine o scioglierlo e venga stabilito che qualsiasi provvedimento prefettizio sia sempre preceduto da contestazione regolare di tutte le mancanze o inadempimenti da parte dell'Ordine, con diritto a questo di discolparsi.

F.to: Dott. NAPOLI (Trapani) ».

« Il X Congresso della Federazione degli Ordini fa voti perchè alla classificazione dei Comuni in base alla quale vengono fissati gli stipendi minimi dei sanitari, venga sostituita la classificazione delle condotte. F.to: VILLA ».

Seduta del 26 aprile 1925.

Il presidente D'ORMEA, dopo avere accennato alle accuse formulate in una lettera a firma del prof. Burci di Firenze contro il programma della Federazione, partecipa la profonda amarezza provata da tutti nella lettura del documento, tanto più biasimevole perchè diretto contro persone di provato patriottismo e di sincero amore per la Nazione. Ritiene interpretare il pensiero dei colleghi giudicando la lettera offensiva al sentimento di tutti gli aderenti alla Federazione ed esprime l'augurio che possa nel caso soltanto trattarsi di un errore fatto senza malvolere.

GALLENGA e LURASCHI si associano.

GIGLIOLI presenta a nome della Presidenza i seguenti ordini del giorno che vengono approvati:

« Il X Congresso della Federazione degli Ordini dei medici, venuto a conoscenza che in una circolare inviata ai diciassette Ordini non ancora aderenti si parla di « tono » contrastante con le attuali condizioni politiche e sociali per parte della nostra Federazione e si invoca la formazione di un organo di propaganda che valorizzi fortemente la professione;

protesta con amarezza per una tale affermazione che non ha nè fondamento nè ragione;

conforme lo spirito altamente nazionale della Federazione, riafferma il saldo proponimento di sostenere e difendere i diritti e le aspirazioni di tutti i medici italiani aderenti e non aderenti alla unione federale la cui opera è stata e sarà sempre legata al progresso morale e materiale del Paese nostro, ripete il solenne invito ai pochi Ordini ancora distaccati di voler rientrare nella nostra famiglia federale, per il vantaggio e per la dignità comune. F.to: GIGLIOLI ».

È anche approvato il seguente voto:

« Il X Congresso della Federazione degli Ordini dei medici, considerando che nel progetto di legge per il nuovo ordinamento della professione forense vi riconosce e vi sanziona la necessità di un Consiglio superiore eletto dai vari Ordini provinciali che ne armonizzi, ne rafforzi e ne integri l'azione;

considerato che per gli Ordini dei medici una tale funzione è già effettivamente esercitata dal Consiglio federale, fa voti affinchè il Governo voglia studiare la opportunità di dare veste giuridica alla nostra Federazione. F.to: GIGLIOLI ».

Il dott. PIRASTU di Cagliari illustra il seguente ordine del giorno sulla provincializzazione, che viene accettato come raccomandazione:

« Gli Ordini dei medici d'Italia, riuniti in Roma a Congresso;

constatato che l'attività legislativa dell'attuale Governo in materia sanitaria s'inspira lodevolmente ad una più giusta tutela della dignità e del decoro professionali dei medici condotti ed alla necessità di un progressivo miglioramento delle condizioni economiche di questa classe benemerita;

convinti però che tali scopi non potranno interamente conseguirsi se non colla provincializzazione dei servizi obbligatori di condotta la quale assicurerebbe una notevole indipendenza dell'opera del medico condotto dalla influenza delle speciali competizioni locali e produrrebbe un sicuro perfezionamento tecnico professionale dei condotti in relazione prevalentemente ai trasferimenti per merito che verrebbero necessariamente ad istituirsi;

convinti anche che il miglioramento tecnico professionale nei servizi di condotta non potrà ottenersi che mediante una revisione totale delle disposizioni di legge che regolano la liquidazione delle pensioni ai medici condotti al fine di ottenere un più decoroso ed umano trattamento economico che permetta uno sfollamento di vecchi professionisti inadatti anche fisicamente ai servizi duri di condotta;

unanimi fanno voti perchè il Governo nazionale sanzioni con apposita disposizione di legge l'Istituto della provincializzazione dei servizi obbligatori di condotta e provveda nel più breve tempo possibile alla revisionale di tutta la materia legislativa che riguarda il trattamento di pensione ai medici condotti.

F.to: Dott. VIRGILIO PIRASTU
Presidente Ordine medici di Cagliari ».

Si approvano successivamente la relazione dei revisori dei conti per il consuntivo 1924 e la relazione del tesoriere Follieri pel preventivo 1925.

Si passa quindi all'importante tema « Provvedimenti per la réclame medica » (relatori RIVA di Brescia e REBAUDI di Genova).

Vengono accettati come raccomandazioni i seguenti ordini del giorno:

« Il X Congresso della Federazione degli Ordini dei medici;

ritenuto che ai fini della difesa della salute pubblica e della dignità professionale delle categorie sanitarie sia indispensabile e di massima ur-

genza il disciplinare tutte le varie forme di pubblicità medica, farmaceutica e sanitaria in genere;

dà mandato alla Presidenza federale per l'elaborazione di uno schema di progetto di legge di iniziativa parlamentare in cui siano contemplate le forme consentite di pubblicità e venga istituita una speciale magistratura paritetica e esecutiva di medici, farmacisti e produttori, presieduta da un magistrato, per la risoluzione dei casi controversi.

Raccomanda inoltre alla Presidenza stessa di voler far conoscere preventivamente, a tutti gli Ordini, ai periodici di classe, ed eventualmente, anche a colleghi isolati il progetto stesso, prima della sua presentazione, onde possa essere ampliato e modificato. F.to: CAPECE ».

« Il X Congresso della Federazione degli Ordini dei medici ritiene giustificata la comunicazione al pubblico di quanto si attiene all'esercizio professionale da parte di Istituti o di singoli sanitari, escluso qualsiasi particolare che non sia sanzionato dalle disposizioni di legge che concernono il carattere generico o specifico delle attitudini curative.

F.ti: LUZZATTO, BOCCHI ».

Sul tema « Pletora professionale; Albo chiuso; Esami di Stato » riferisce il prof. PINAROLI di Torino, giustificando il mancato intervento al Congresso del dott. Pellegrini di Livorno. Dopo le spiegazioni fornite dal prof. GALLENGA sulla necessità di un nuovo giudizio del Congresso sulla questione, più volte discussa e sempre vivamente contrastata, parlano lungamente i dottori MARTINELLI, D'ORMEA, CUTONE, COEN, NAPOLI e dietro proposta del prof. GIGLIOLI vengono sintetizzati nel seguente ordine del giorno i vari concetti espressi:

« Premesso che l'Albo chiuso che eventualmente si istituisse non potrebbe mai ledere i diritti acquisiti dei medici laureati alla data di tale istituzione, ed in linea di equità neppure quegli degli attuali iscritti alla Facoltà di medicina e chirurgia, e quindi tale provvedimento non potrebbe avere effetti immediati;

considerato che già esiste per legge per l'esercizio della professione l'esame di Stato, il quale, se effettuato con giusti criteri di severità, può costituire per se stesso un rimedio alla lamentata pletora concedendo l'esercizio solo ai più degni;

considerato inoltre che a tale pletora si potrà ancora ovviare con la migliore distribuzione degli incarichi evitando il cumulo, con la maggiore assegnazione di posti retribuiti con regolare stipendio pei medici in rapporto ai reali bisogni della popolazione e della scienza, con la limitazione dell'età pei medici nei pubblici impieghi previo migliore trattamento economico di pensione per essi e con la lotta contro l'esercizio abusivo;

il X Congresso della Federazione degli Ordini dei medici fa voti:

1° che l'abilitazione all'esercizio professionale sia concessa in seguito a rigorosi esami di Stato che garantiscano tale conferimento ai soli veramente meritevoli;

2° che gli Ordini dei medici non siano tenuti all'iscrizione di tutti i laureati che presentino i documenti attualmente richiesti ma possano esercitare una speciale selezione in base a norme da stabilirsi tenendo conto della risultanza dell'esame di Stato e della valutazione delle qualità morali e delle attestazioni professionali dei richiedenti;

3° che lo Stato, le Provincie e i Comuni integrino i servizi sanitari in proporzione alle reali necessità e alle recenti disposizioni di legge.

Riservandosi di studiare eventualmente ancora l'opportunità dell'Albo chiuso qualora i suindicati mezzi non raggiungano lo scopo prefisso.

F.ti: PINAROLI — PELLEGRINI — MARTINELLI ».

Il presidente dà la parola al prof. GIGLIOLI di Firenze relatore del tema: « L'esercizio professionale dei medici stranieri in rapporto agli interessi dei medici italiani ».

Dopo la chiara e lucida esposizione fatta dal GIGLIOLI e dopo alcune osservazioni in merito dei dott. CAMPANELLA e MARTINELLI viene approvato ad unanimità dal Congresso il seguente ordine del giorno sull'argomento:

« Il X Congresso della Federazione degli Ordini dei medici italiani, mentre plaude al proposito dell'attuale Governo a volere riformare le norme che regolano l'esercizio professionale dei medici stranieri in Italia sulla base di un più equo trattamento dei medici italiani all'estero; pure ritenuto che per la dignità della scienza medica meglio sarebbe che una convenzione internazionale riconoscesse, con dovute garanzie accademiche, la equipollenza assoluta della laurea in medicina;

« fa voti:

« 1) Che nel prendere in considerazione la opportunità di speciali convenzioni colle singole Nazioni il nostro Governo voglia tener conto della portata pratica ed economica di esse in rapporto con le proporzioni fra medici stranieri immigranti in Italia e medici italiani emigranti in un altro paese.

« 2) Che venga abolita la concessione ai medici stranieri dell'esercizio limitato ai propri connazionali, provvedimenti contrari alla dignità ed al valore della professione.

« 3) Che in linea generale venga stabilito l'obbligo per tutti i medici stranieri che intendano esercitare in Italia di sottostare all'esame di Stato, abbandonando il sistema di esami speciali spesso insufficenti e mai sino ad oggi corrispondenti a quanto si richiede per i medici italiani all'estero.

« F.ti: GIGLIOLI - CAMPANELLA ».

Il Congresso discute poi ampiamente sulla « Repressione dell'intervento illecito di intermediari nell'esercizio professionale » (sensalismo), dopo udita la relazione fatta dal prof. BENTIVEGNA di Palermo e CUTORE di Catania, i quali pongono in rilievo la dolorosa piaga del sensalismo che specialmente infesta ancora alcune zone del Mezzogiorno d'Italia.

Sono approvati ad unanimità i seguenti ordini del giorno:

« Il X Congresso della Federazione degli Ordini dei medici;

« udita la relazione Bentivegna-Cutore, circa l'intervento illecito di intermediari nell'esercizio professionale;

« constatato che il dilagare di tale mal costume mentre offende il buon nome della classe e ne offusca il nobile mandato, costituisce un grave danno per la salute degli infermi;

« ritenuto che l'azione spiegata dagli Ordini per combattere il grave abuso non è soltanto di moralità professionale, ma anche di interesse pubblico;

« considerato che allo stato delle disposizioni legislative vigenti, i mezzi per colpire i sanitari responsabili sono insufficienti, e che nel Codice Penale manca la sanzione di pene per la denunziata forma di reato fraudolento, per cui le autorità competenti non possono spiegare quell'azione necessaria ed urgente per reprimerlo;

« mentre invita gli Ordini, specialmente interessati nella lotta, di procedere severamente, coi mezzi di cui dispongono, contro i colpevoli, dà mandato al Consiglio Federale di appoggiare presso il Governo le iniziative prese da essi per la repressione del mal costume invocando che siano sancite, al più presto, in disposizioni di legge, i mezzi più adatti per colpire i responsabili.

« F.ti: BENTIVEGNA - CUTORE ».

« Il X Congresso della Federazione degli Ordini;

« riconosciuto il principio di necessità che nuove provvidenze legislative vengano a formare la figura giuridica di reato per il sensalismo medico, ritiene che, nelle more della promulgazione di tale legge, sia necessario svolgere opera attiva da parte dei Consigli degli Ordini onde la vergognosa immoralità del sensalismo sia repressa colpendo i medici che di tale turpe mercato si rendano colpevoli;

« invita il Consiglio Federale a richiedere disposizioni dal Governo Centrale per gli uffici locali tutti da esso dipendenti (ed in ispecie Prefetture e Questure) onde questi coadiuvino i Consigli degli Ordini con opera più efficace della presente, e lo invita pure a valutare, per una indicazione a tutti gli Ordini aderenti, i seguenti mezzi di lotta:

« 1) Costituzione « ad latere », con largo finanziamento proprio e dell'Ordine, di un organo di lotta per la repressione del sensalismo;

« 2) Diffide periodiche nei giornali politici;

« 3) Impianti alle stazioni ferroviarie di uffici di informazioni per ammalati provenienti dalle provincie;

« 4) Incarico ad Istituti di polizia privata, per la caccia dei sensali;

« 5) Tener desta l'attenzione del pubblico sulla questione del sensalismo, pubblicando, se del caso, i verbali degli agenti di polizia che eseguirono la sorpresa e tutto quanto può riguardare la incresciosa questione;

« 6) Vigilare severamente sull'attività delle Case di Salute e Istituti di cura e sulle condizioni e funzionamento di esse.

« F.ti: CAPECE - BENTIVEGNA - CUTORE ».

E si plaude al voto proposto dal presidente D'Ormea di plauso ai colleghi relatori sul grave argomento, assicurandoli della solidarietà di tutti i medici. Infine il prof. GALLENGA dà ampia assicurazione che la Presidenza della Federazione farà tutto quanto possibile per aiutare l'opera degli Ordini nella repressione del sensalismo e dichiara che detta questione sarà trattata a parte nel Bollettino.

Circa la « Unificazione della stabilità e durata della carriera ospitaliera in Italia » si decide di trattare il tema al prossimo Congresso.

Il Congresso approva quindi il seguente ordine del giorno presentato dall'Ordine di Aquila:

« L'Ordine dei Medici della Provincia di Aquila;

« Considerato che nel Codice Deontologico unificato, così sapientemente redatto dalla apposita Commissione all'uopo delegata dall'VIII Congresso Federale, mentre si fa menzione delle diverse mancanze cui possono incorrere gli iscritti ai vari Ordini e per le quali essi si rendono passibili di pene disciplinari, non si stabilisca d'altra parte in modo specifico e tassativo quali siano le pene da applicarsi nei singoli casi;

« Ad evitare controversie e cavillazioni che potrebbero gravemente turbare il normale svolgimento dei provvedimenti disciplinari dei vari Ordini e frustare lo scopo che la Federazione si è proposta di raggiungere con la pubblicazione del Codice anzidetto;

« Facendo propria la proposta del dott. De Paulis Carlo, medico condotto di Celano, sulla quale l'assemblea dell'Ordine proponente dette già parere favorevole nella sua seduta del 27 luglio 1924;

« propone

« all'on. Congresso che al Codice Deontologico unificato, riportato nel N. 2 del Bollettino federale del decorso 1924, venga aggiunto il seguente articolo:

« Le inosservanze e le infrazioni alle norme sta-
« bilite nel presente Codice saranno punite con le
« pene stabilite nell'art. 36 del Regolamento sugli
« Ordini ».

« Il rappresentante dell'Ordine di Aquila
« Dott. GIUSEPPE DI GABBATO ».

Il dott. MAJORANO e il prof. D'ORMEA, interpretando il sentimento di tutti i colleghi, mandano un saluto ed esprimono un plauso agli organizzatori del Congresso ed in particolare al presidente prof. GALLENGA per la notevole opera svolta con tanto felice risultato per l'interesse e per l'unione dei medici italiani.

A nome dei colleghi del Consiglio federale risponde ringraziando il prof. GALLENGA, augurando rapida e completa l'unione della classe medica e chiudendo il suo dire con un evviva ai medici d'Italia.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Manicomio Provinciale.* — Il concorso a medico praticante interno (assegno L. 5000, vitto ed alloggio personale) è prorogato al 30 giugno. Per chiarimenti rivolgersi alla Direzione dell'Istituto.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Medico assistente; L. 4500 e percentuale proventi sezione kinesiterapia; età mass. 30 a. Prova clinica ed esercitaz. sul cadavere. Scad. ore 17 del 31 mag. Sarà tenuta in considerazione la conoscenza di lingua ingl. o ted. Nom. annua con effetto dal 1° lug. Rivolgersi Segreteria.

BORGO DI TERZO (*Bergamo*). — A tutto il 10 giugno; consorzio. Stip. residenziale L. 8000; uff. san. L. 1000; aumentabili cinque quinquenni decimo; indenn. L. 3000; c.-v. celibi L. 780, coniugati L. 1200. Assegni per i poveri come al regolamento provinciale. Età l. anni 40. Tassa L. 50.10. Rivolgersi Municipio.

CASAL DI PRINCIPE (*Caserta*). — Scad. 20 mag., ore 19. L. 7000 e 5 quadrienni decimo; l'amministraz. si riserva la facoltà di concedere il 1° c.-v. Accettaz. entro 5 gg.; servizio entro 30.

COMO. *Ospedale di S. Anna ed Uniti.* — A tutto il 31 mag., medico-chirur. aggiunto; L. 4500 e partecipaz. riparto tasse ammiss. e operaz. in classe (paganti privati); L. 10 ogni guardia notturna. Nomina triennale senza riconferma; anno di prova. Dopo un biennio ammissibilità a concorsi interni per aiuti med. o chir. Serv. entro 15 giorni. Tassa L. 50 all'Ufficio Economato. Rivolgersi Ufficio Segreteria del Cons. d'Ammin.

ESINO SUPERIORE (*Como*). — Consor. con Esino Infer.; ab. 900 circa riuniti; L. 9000, oltre L. 500 uff. san. e L. 500 ambulatorio in casa. Condotta adatta anche per medici anziani. Scad. 20 mag.; servizio 15 giugno.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Assistente dell'Ambulatorio Comunale Oftalmoiatrico per i bambini delle scuole e per i poveri del Comune, gestito dagli Istit. Ospital.; L. 2400 annue; 2 ore di serv. giornaliero escluse le dom. e con 30 gg. di vacanza annuale; anno di prova, nom. biennale, riconferme per due bienni. Scad. ore 16 del 1° giu. Docum. all'Ufficio di Protocollo (via Ospedale 5). Tassa L. 50, al Cassiere. Età lim. 39 a. Serv. entro 15 gg. Docum. a 1 mese. Chiedere annunzio. Informazioni dalla Direz. Medica.

Medico assistente interno residente nell'Ospedale Sanatorio Vitt. Eman. III per tubercolotici del Comune di Milano in Garbagnate; L. 4500 oltre indenn. resid. L. 1000, alloggio, illumin., riscaldam., vitto; obbl. pernottam. e guardie. Età lim. 39 a. Scad. ore 16 del 10 giu. *Curriculum vitae* in 5 copie e sunto delle pubblicazioni. Esami (clinico, anat.-patol. e di labor.). Tassa L. 50. Chiedere annunzio come sopra.

MONTEDORO (*Caltanissetta*). — A tutto il 31 mag., consor. con Buompensiere; ab. 2943 più 941; lire 14,000 oltre L. 1500 cav., per 1000 pov.; speciale attitud. alla chirurgia e all'ostetricia. Funzioni entro 15 gg. Preferenza ex combattenti.

NONANTOLA (*Modena*). — Scad. 30 giu. L. 8500 e bienni ventes. oltre alle indenn. c.-v.; L. 2500 cav.; età lim. 35 a. Tassa L. 50.

PAPIGNO (*Perugia*). — Scad. 30 mag., L. 7000 e 3 quinquenni dec., oltre L. 600 serv. attivo, L. 4000 cav., due c.-v., alloggio gratuito, L. 500 se uff. san. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10.

PIACENZA. *Ospizi Civili.* — Primario di radiologia e terapia fisica nell'Ospedale Civile; biennio di prova; L. 7000 e 50 % introiti lordi servizio abbienti e introiti tasse servizio ambulatorio poveri inviati dal Comune; assicuraz. Inibito l'esercizio della specialità fuori dell'Ospedale. Scad. 30 mag. Documenti all'Amministrazione (via Romagnosi 33). Età lim. 35 a. al 19 apr.

ROMA. *Cassa Mutua Operai Servizi Elettrici.* — Concorso per sanitario. Capitolato e condizioni presso segretario della Società, Via Poli 20, ore 10-12. Scadenza 20 maggio.

SALANDRA (*Potenza*). — Condotta poveri; L. 6000. Scad. 31 maggio.

SANT'ARCANGELO DI ROMAGNA (*Forlì*). — Medico primario dell'Ospedale Civile e titolare della condotta del capoluogo. Vedi fasc. 19. A tutto 20 mag.

SERRAUNGARINA (*Pesaro*). — Scad. 31 mag. Lire 8000 e 10 bienni ventesimo; c.-v. di L. 100 pei coniugati, L. 65 pei celibi; L. 3000 cav. obbligat.; addizion. L. 2 da 501 a 1000 pov., L. 3 oltre. Tassa L. 50.10.

TRAPANI. — Due condotte rurali. Vedi fasc. 18. Termine utile un mese dal 23 aprile.

Diffide e boicottaggi:

Revoca di diffida: Tombolo (Padova).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono stati nominati i proff.: Fiori Paolo di patologia chirurgica a Modena; Pincherle Maurizio di clinica pediatrica a Siena.

Sono stati trasferiti alla Facoltà medica di Milano i proff.: Besta Carlo da Messina, Foà Carlo da Padova, Pepere Alberto da Palermo, Rondoni Pietro da Napoli, Valenti Adriano da Parma, Zoja Luigi da Pavia.

Sono stati anche trasferiti i proff.: Martinotti Leonardo di clinica dermosifilopatica da Siena a Bologna; Patrizi Mariano di fisiologia da Modena a Bologna; Rossi Ottorino di clinica delle malattie mentali e nervose da Sassari a Pavia; Scaffidi Vittorio di patologia generale da Palermo a Napoli.

E' stata conseguita la libera docenza secondo le nuove disposizioni dai dottori: Zalcoli Giovanni in ortopedia; Diena Davide in patologia chirurgica; per esami dai dottori: Scala Guglielmo in anatomia patologica; Benoni Francesco in clinica chirurgica e medicina operatoria; Spallicci Aldo in clinica pediatrica; Triolo Gioacchino in clinica ostetrica e ginecologica; Dalla Volta Amedeo in medicina legale; Ciancarelli Francesco in medicina operatoria; Bonaccorsi Francesco, Cantelmo Orlando e Piccinini Ugo in patologia chirurgica.

A coprire l'ufficio di medico provinciale a Catania è stato chiamato il cav. dott. Ronga, il quale per molti anni aveva disimpegnato nella città la carica di medico di porto.

Con recente decreto reale, il prof. Guglielmo Bilancioni, direttore della Clinica Oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Pisa, è stato chiamato a far parte della Commissione Vinciana, che intende alla pubblicazione dei manoscritti e disegni di Leonardo, presieduta dal sen. Gentile.

Con R. D. 19 aprile u. s. Sua Maestà il Re si è compiaciuto nominare commendatore della Corona d'Italia il colonnello medico dott. Virgallita Mario. I nostri rallegramenti.

Con R. Decreto 12 febbraio 1925 sono state conferite per la campagna di guerra 1915-18: la medaglia d'argento al valor militare al tenente colonnello C. R. I. Abelardo Barbanti Brodano; la medaglia di bronzo ai capitani medici Gualtiero Cavalieri e Guglielmo Siracusa, al tenente medico Aldo Cariani e al sottotenente medico Michele De Laurentis.

La Fondazione Ella Sachs Plötz per promuovere le ricerche scientifiche, della quale abbiamo già dato notizia (fasc. 17, p. 618), ha assegnato un premio di 1500 dol. (36,000 lire it.) al dott. A. Besredka di Parigi ed uno di 500 dol. (12.000 lire it.) al dott. I. Abelin di Berna, per promuoverne gli studi.

NOTIZIE DIVERSE.

Il comune di Roma e la Fondazione Rokefeller danno vita ad un Istituto di studi contro la malaria.

In questi giorni sono stati felicemente conchiusi alcuni importanti accordi di massima tra Comune di Roma e Fondazione Rokefeller per lo svolgimento di un vasto, comune programma di studi contro la malaria.

In base a questi accordi è stata deliberata la costituzione in Roma di un Istituto per lo studio della malaria nell'Agro Romano e in altre parti d'Italia, con l'applicazione di misure adatte per la lotta contro l'infezione nelle zone predette.

La sede prescelta per questo Istituto è il palazzetto della Farnesina ove troveranno posto i necessari uffici amministrativi, un reparto per gli studi biologici, una sala per ingegneria sanitaria, una biblioteca della letteratura in corso sulla malaria e un museo o reparto di propaganda per la dimostrazione dei diversi metodi e apparecchi adoperati nella lotta.

Naturalmente, in analogia ai criteri cui s'ispira la benemerita Fondazione, questa assumerà a suo carico le spese d'impianto, mentre alle spese di funzionamento provvederà solo per un certo periodo di anni. Dopo di che, quando l'Istituto si sarà affermato nel campo della lotta intrapresa, dovranno interessarsi al suo ulteriore sviluppo gli Enti ai quali è demandata, per legge, la tutela dell'igiene e della sanità pubblica.

Sempre in armonia dei propositi della Fondazione, il nuovo Istituto potrà estendere i suoi scopi, in modo da divenire il centro dell'Amministrazione e della direzione tecnica di tutta l'opera antimalarica da svilupparsi in Italia con la collaborazione dell'*International Health Board*, assumendo così un carattere nazionale. E se, in progresso di tempo, avesse modo di trasformarsi in una vera e propria scuola per malariologi, l'Istituto stesso potrebbe far convergere su di sè l'attenzione di tutti gli altri Stati interessati alla lotta conro la malaria.

Problemi sanitari al Senato.

Il sen. Leonardo Bianchi ha trattato della questione dei malati di mente, che sono sempre in aumento, ed ha esposto i mezzi per combattere il male, che avrebbe in gran parte origine dall'alcoolismo. Si è occupato dei deficienti. Ha insistito sulla necessità di introdurre metodi razionali d'insegnamento nelle scuole, riducendo il numero dei libri di testo e le ore di studio. Ha rilevato la deficienza della cura ospedaliera per gli affetti di malattie mentali e ha concluso facendo speciali raccomandazioni al governo perchè provveda alla eliminazione dei mali accennati.

L'on. Federzoni ha ringraziato dell'alto contributo recato dal sen. Bianchi intorno ai problemi prospettati; farà alcune dichiarazioni in sede di discussione dei capitoli, sperando di poter soddisfare l'illustre alienista.

XVI Congresso nazionale di idrologia, climatologia e terapia fisica.

Il XV Congresso della Società Italiana di Idrologia, Climatologia e Terapia fisica tenuto in Abbazia nello scorso anno, designò Bagni di Montecatini a sede del XVI Congresso.

Il Comitato ordinatore presieduto dal sen. prof. Queirolo ha fissato la data del Congresso nei giorni dal 10 al 14 giugno 1925. Il Congresso di Montecatini assumerà speciale importanza oltrechè per la sede che lo ospita, per gli argomenti scientifici che vi saranno svolti e discussi. I due temi generali scelti dal Comitato ordinatore e dal Comitato centrale sono i seguenti: 1) « Interpretazione chimico-fisica delle analisi di acque minerali con particolare riferimento allo stato del Calcio in soluzione ». 2) « La cura della calcolosi biliare nelle stazioni balneari italiane ». Il Comitato ordinatore è lieto di poter annunciare che il primo di questi due temi sarà trattato dall'illustre prof. Raffaello Nasini, dell'Università di Pisa, e che il secondo tema avrà tre relatori, nei proff. Lotti, Bezzola e Sabatini.

Tutti i medici italiani potranno, previa iscrizione, prendere parte al Congresso, e farvi comunicazioni scientifiche: ed affinchè queste possano esser comprese nel programma dei lavori del Congresso si fa invito perchè dai rispettivi autori ne sia mandato sollecitamente il titolo alla Segreteria generale del Congresso (prof. Carreras) presso l'I-

stituto di Clinica Medica della R. Università di Pisa.

I due ultimi giorni del Congresso saranno destinati alle gite dei congressisti a Livorno ed a Viareggio.

L'inaugurazione del Congresso avrà luogo la mattina del 10 giugno p. v.

VI Congresso italiano di radiologia medica.

Il 7 corr., a Trieste, nel salone della Camera di commercio, gremita di autorità e rappresentanze e da oltre duecento congressisti provenienti da ogni parte d'Italia, venne inaugurato il sesto Congresso italiano di radiologia medica. Parlarono il presidente del Congresso dott. Gortan, il prefetto gr. uff. Moroni e l'assessore del Comune, Costanzo. Il prof. Bertolotti, presidente della Società italiana di radiologia medica, ha poi ringraziato gli organizzatori del Congresso e gli intervenuti, rilevando i progressi della radiologia italiana.

Quindi i congressisti sono stati ricevuti al palazzo comunale.

I congressisti si sono recati all'ospedale civico Regina Elena, dove hanno assistito alla consegna del nuovo istituto radiologico da parte del Comune al direttore dell'ospedale dott. Gusina, che ha pronunciato un discorso. Quindi i congressisti hanno visitato l'esposizione degli apparecchi radiologici e la mostra dei diapositivi.

Dei lavori scientifici daremo prossimamente un resoconto.

XXII Congresso della Società italiana di laringoiatria, otologia e rinologia. – III Congresso nazionale di storia delle scienze mediche e naturali.

Si terranno a Venezia dal 10 al 15 settembre p. v., il primo dal 10 al 13, il secondo dal 13 al 15.

Le inaugurazioni avranno luogo nella sala della Biblioteca dell'Ospedale Civile, dove si svolgeranno le trattazioni dei temi.

Il giorno 13, oltre l'inaugurazione del Congresso della Storia delle Scienze Mediche e Naturali, che coinciderà con lo scoprimento in Ospedale della lapide a Tommaso Rima, vi saranno visite ai cimeli nelle Biblioteche e nei Musei, ed una gita a Torcello per gli intervenuti ai due Congressi.

Presidenti dei Comitati organizzatori sono: il prof. Federico Brunetti, per l'Otorinolaringoiatria, e il prof. Davide Giordano, per la Storia delle scienze mediche e naturali.

Con speciale comunicato si darà notizia delle quote che verranno fissate per i congressisti, soci della Società di Otorinolaringoiatria e di Storia delle scienze mediche e naturali, per gli aderenti non soci e per i famigliari, e così pure dei temi che verranno trattati nelle sedute.

Ribassi ferroviari ai congressisti.

La corrispondenza dovrà essere indirizzata al dott. Gino Breganzato, Ospedale Civile, Venezia per il Congresso Otorinolaringoiatrico; al dott. Antonio Dian, Campo S. Stefano, Venezia, per il Congresso della Storia delle scienze mediche e naturali.

X Congresso dell'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani.

Come abbiamo annunziato, il X Congresso dell'Associazione si terrà a Torino nei giorni 29 e 30 maggio.

Il programma comprende le seguenti comunicazioni: G. PICCARDI: Delle condizioni dei direttori ed assistenti dei dispensari in rapporto alla nuova legge sulla profilassi venerea; S. SBERNA: Un anno dopo l'applicazione del nuovo regolamento; osservazioni di un medico visitatore; G. PICCARDI: Costituzione di un gruppo dei direttori dei dispensari celtici nel seno dell'Associazione professionale dei dermosifilografi.

La sera del 30 maggio avrà luogo un ricevimento al Municipio, offerto dalla città di Torino. Le sedute avranno luogo alla sede della R. Accademia Medica in via Po 18, ove si svolgerà anche il Congresso della Società per lo studio delle questioni sessuali.

Per i ribassi ferroviari i soci potranno usufruire delle riduzioni concesse per l'Esposizione internazionale di chimica che avrà luogo in Torino, nel maggio e giugno 1925, rivolgendosi direttamente alle Agenzie di viaggi o agli uffici di distribuzione di biglietti presso le singole stazioni.

A richiesta dei partecipanti al Congresso, verrà loro inviata una tessera personale per poter fruire delle gite, del permesso per le visite ai musei ecc. (Richiedere la tessera al prof. A. Fontana, via di Porta Palatina, 1 - Torino).

Conferenze.

Il dott. Charles Mayo di Rochester (Stati Uniti d'America) tenne il 5 maggio una breve conferenza nella R. Accademia Medica di Roma sulla cura chirurgica dei gozzi. Una folla di medici si era adunata per conoscere ed applaudire il celebre chirurgo americano, il quale sbalordì i suoi uditori quando riferì che nel suo Istituto di Rochester sono stati operati 30,000 casi di gozzo e che gli esiti degli interventi operativi sul gozzo esoftalmico migliorano notevolmente mercè la cura profilattica iodica. La conferenza, detta in inglese, venne riassunta in italiano dal prof. R. Bastianelli; ne daremo prossimamente il resoconto.

Il prof. Fernando Pérez, ministro dell'Argentina in Italia, ha comunicato, il 9 maggio, alla R. Accademia Medica di Roma, le recenti scoperte dei due studiosi argentini Jaregui e Lancellotti, relative alla sieroterapia della sifilide per mezzo dell'isolamento, coltivazione e attenuazione dello spironema e dell'inoculazione ulteriore ai lama, animali molto recettivi alla lue.

La comunicazione, già fatta all'Accademia Medica di Parigi, doveva essere ripetuta a Roma presenti i due autori, i quali però non hanno potuto intervenire; il còmpito è stato assunto da S. E. Pérez. L'illustre scienziato, il quale da tempo promuove efficacemente i rapporti culturali tra l'Italia e l'Argentina, ha anche ottenuto dal suo Governo che siano mandati in Italia alcuni esem-

plari di lama, affinchè le importanti esperienze possano essere ripetute.

La conferenza è stata ascoltata con intenso interesse dai numerosi medici convenuti nell'Accademia e l'offerta è stata accolta col più vivo favore. Prossimamente pubblicheremo un largo sunto della conferenza.

Il prof. Giuseppe Caronia, direttore della R. Clinica Pediatrica di Roma, tenne il 1° maggio una conferenza nell'Accademia Pontificia dei Nuovi Lincei, facendo un'esposizione ordinata delle conoscenze fino ad oggi acquisite e adombrando nuove e ardite concezioni; era presente un denso pubblico.

Lega Italiana per la prevenzione delle malattie nervose e mentali.

La Lega Italiana per la prevenzione delle malattie nervose e mentali, che ha presidenti onorari il sen. prof. Leonardi Bianchi e i proff. Morselli e Tanzi, e a presidenti effettivi i proff. Ettore Levi, Ferrari e Medea, si è costituita nell'ottobre scorso a Bologna per esercitare la propria azione in Italia, armonicamente a quanto si va facendo nei maggiori paesi d'Europa e d'oltre Atlantico. Numerose sezioni si sono già costituite ed hanno iniziato fervidamente la loro opera: Sezione Lombarda (per iniziativa del prof. Medea), Piemontese (prof. Lugaro), Ligure (prof. Vidoni), Emiliana (prof. Ferrari), Marchigiana (prof. Modena), Abruzzese (prof. Del Greco).

Roma non poteva mancare di prendere parte a questa nuova crociata e presso l'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, che della Lega si fece iniziatore sin da tre anni or sono e presso il quale questa ha ora la sua Sede Centrale, si è inaugurata la Sezione Laziale, sotto la presidenza del prof. De Sanctis, della R. Università di Roma.

Parteciparono alla riunione il prof. Ettore Levi, direttore dell'Istituto stesso e membro del Consiglio di presidenza della Lega, il generale Cavalli, direttore generale della Sanità Navale; il col. De Bernardinis per la Direzione di Sanità Militare; il prof. Loriga per il Ministero dell'Economia Nazionale; il prof. D'Ormea per la Presidenza della Federazione degli Ordini dei Medici; il prof. Giannelli, direttore del Manicomio di «S. Onofrio»; il dott. Fantini, del Laboratorio di Psicologia Sperimentale; il comm. Clarotti, la contessa Pullé, il dott. Romagna Manoja, il dott. Bonfiglio, la signora Montesano, e molti altri. Inviarono la loro adesione l'on. Enrico Ferri, i proff. Oddo Casagrandi, Mingazzini, Montesano, Pecori, ecc.

Dopo che il prof. Levi ebbe fatto la storia di questo movimento all'estero ed in Italia, prese la parola il prof. De Sanctis, che illustrò i fini statutari della Lega, soffermandosi a delucidare sopratutto quei problemi che potranno dal Comitato Laziale essere in particolar modo presi in considerazione.

Si deliberò di provocare prima dell'estate una solenne adunata, invitando a parteciparvi oltre che i Ministeri interessati, gli alti Rappresentanti della Magistratura e di tutti gli organi economici e sociali, che a questi problemi debbono interessarsi.

L'opera futura dell'Associazione Nazionale combattenti nel campo dell'igiene e Previdenza Sociale.

I Commissari dell'A. N. C., considerando essere compito fondamentale dell'Ente difendere ed integrare le possibilità morali e fisiche delle nuove generazioni per prepararle tempestivamente ai loro alti destini;

considerando che tali finalità etiche e pratiche non potranno essere raggiunte che attraverso una studiosa e fattiva opera di preparazione scientifica e di pratiche applicazioni nel campo sociale;

realizzando che tale programma forma la tavola statuaria dell'I. P. A. S., Ente Nazionale di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, posto sotto l'alto Patronato di S. M. il Re e sotto gli auspici della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali, Ente cui il Governo, per volontà del Primo ministro, ha voluto conservare ed integrare il carattere apolitico, e che riunisce tutte le Federazioni rappresentative del capitale e del lavoro, nonchè le rappresentanze dei ministri competenti, dei massimi organi assistenziali e delle alte sfere scientifiche;

in seguito ad accordi intervenuti col fondatore e direttore dell'I. P. A. S., prof. Ettore Levi, membro del Consiglio Superiore di Sanità del Regno;

deliberano di stabilire tra i due Enti un'intima collaborazione morale e materiale per dare agli ex combattenti ed alle loro famiglie, preparazione ed assistenza atte a prevenire ogni danno evitabile e ad avviare le nuove generazioni ai loro compiti sociali nel campo culturale ed economico.

Quale prima espressione di pratica collaborazione l'A. N. C. istituisce presso l'I. P. A. S. 10 borse di L. 1000 per quei combattenti che vorranno dedicarsi allo studio dei problemi di igiene, previdenza ed assistenza sociale e prende in esame un problema di più vasta penetrazione sociale, culturale ed assistenziale in base alle proposte del direttore dell'I. P. A. S.

Feste giubilari dell'Istituto Ortopedico T. Ravaschieri.

In Napoli per iniziativa del Comitato di Patronato della Pia Opera sarà celebrato dal 28 al 31 corrente il 25° anniversario del benefico Istituto Ortopedico fondato dalla Duchessa Ravaschieri. Il Comitato aveva anche deciso, raccogliendo numerose ed autorevoli adesioni, di onorare, in questa circostanza, il prof. Attilio Curcio, confondatore dell'Opera e direttore di essa da 25 anni, perchè a lui è dovuta la fama mondiale dell'Opera ed il suo rapido incremento, come a lui

è dovuta la fondazione di una dipendenza in Bagnoli di Napoli, l'Ospizio Marino Permanente che nell'estate ricovera perfino 300 bambini al giorno. Ma il prof. Curcio ha categoricamente rifiutato ogni onoranza ed ha donato alla cara Opera un busto in marmo della Duchessa Ravaschieri, lavoro di Francesco Jerace, e la somma di lire ventimila per l'impianto di una nuova sala radiografica.

Il programma dei festeggiamenti, quindi, comprende una cerimonia ufficiale con discorso di Leonardo Bianchi; esposizione e visita dell'Istituto il giorno 28 maggio. Nel giorno 29 conferenza del prof. Attilio Curcio su « Le leggi di Wolff e l'ortopedia moderna ». Nel giorno 30 tre ore di operazioni ortopediche con invito e visita del pubblico all'Istituto. Nella domenica 31 maggio grande corteo popolare di omaggio alla memoria della Duchessa Ravaschieri. Solenne benedizione dell'Arcivescovo di Napoli al popolo ed all'Opera.

L'Istituto per le Malattie Navali e Tropicali di Amburgo.

Festeggerà il giorno 1° ottobre il suo 25° anno di fondazione. In tale ricorrenza verrà pubblicato un volume commemorativo a cura di un Comitato presieduto dai proff. R. Ruge, V. Schilling, W. Schüffner, M. Taute. Chi intendesse di contribuirvi con note originali, è pregato di mettersi in relazione col prof. Viktor Schilling, Sächsische Strasse 8, Berlin W. 15.

I Sovrani per l'Istituto di igiene, previdenza ed assistenza sociale.

Il ministro della Real Casa, on. Conte Mattioli Pasqualini ha comunicato al direttore dell'Istituto Italiano di Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale, prof. Ettore Levi, che S. M. il Re, S. M. la Regina, e S. A. R. il Principe Ereditario hanno consentito ad essere iscritti come Soci di questo Ente Nazionale, cui gli Augusti Sovrani hanno voluto fare un'offerta di lire diecimila.

Con G. BATTISTA GRASSI scompare uno dei maggiori biologi contemporanei, se non forse il maggiore, le cui scoperte sugli ospiti intermediari delle zoonosi, in particolare sulla trasmissione della malaria, hanno avuto larghe ripercussioni nel campo della medicina e dell'igiene. Dotato di ardente entusiasmo per la ricerca scientifica, fu ricercatore preciso; come maestro fu incomparabile.

Di Lui dirà prossimamente nel nostro giornale uno dei suoi allievi più eletti, Massimo Sella.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Nuove Monografie della nostra collezione di prossima pubblicazione:

(12) Dott. Prof. O. VIANA, direttore della Maternità, Brefotrofio e Scuola di Ostetricia in Verona.

GINECOLOGIA E SECREZIONI INTERNE

Prefazione del Prof. N. PENDE

Un volume (N. 12 delle nostre Monografie medico-chirurgiche d'attualità) nitidamente stampato in carta semipatinata. Prezzo L. 18. — Per i nostri abbonati sole L. 16,25 in porto franco.

(13) Dott. ENRICO TRENTI, assistente nella R. Clinica Medica di Roma.

IL GRANULOMA MALIGNO

(Con 18 figure e 9 tabelle termometriche in tavole fuori testo).

Un volume in 8º di 176 pagine nitidamente stampato. Prezzo L. 18. — Per i nostri abbonati sole L. 16,25 franco di porto.

In preparazione:

Siamo lieti di annunziare che la nostra collezione si ornerà della seguente importante monografia:

(14) Prof. GIUSEPPE SANARELLI, direttore del R. Istituto d'Igiene dell'Università di Roma.

NUOVE VEDUTE SULLE INFEZIONI INTESTINALI

Sarà un volume di circa 150 pagine, nitidamente stampato su carta semipatinata, illustrato.

Altre pubblicazioni non di nostra edizione che siamo in grado di offrire, con qualche agevolezza, ai nostri abbonati:

COLLEZIONE ATTUALITÀ SCIENTIFICHE - SERIE MEDICA
(diretta dal Prof. Sen. A. LUSTIG)

Prof. A. Ilvento.
La difesa della Salute e la scuola
Volume in-8, di pag. 87 L. 7.50. — Per i nostri abbonati sole L. 6.90 franco di porto.

Prof. G. Mendes.
Moderni mezzi diagnostici della Infezione tubercolare
Volume in-8, di pag. 90, con 7 figure intercalate nel testo L. 7.50. — Per i nostri abbonati sole L. 6.90 franco di porto.

Prof. P. Rondoni.
Immunità e Terapia specifica della tubercolosi
Volume in-8, di pag. 70 L. 7.50. — Per i nostri abbonati sole L. 6.90 franco di porto.

Prof. A. Lurà.
La cura della tisi polmonare col pneumotorace artificiale
Volume in-8, di pag. 70, con 8 figure intercalate nel testo L. 7.50. — Per i nostri abbonati sole L. 6.90 franco di porto.

Prof. A. Ilvento.
La tubercolosi malattia sociale
Volume in-8, di pag. 180 L. 15. — Per i nostri abbonati sole L. 13.80 franco di porto.

Prof. A. Franchetti.
La difesa contro la tubercolosi e la sua legislazione
Volume in-8, di pag. 76 L. 7.50. — Per i nostri abbonati sole L. 6.90 franco di porto.

Prof. G. Levi.
Vita autonoma di parti dell'organismo
Volume in-8, con 35 figure intercalate nel testo L. 7.50. — Per i nostri abbonati per sole L. 6.90 franco di porto.

G. Capone
La dottrina psico-analitica di S. Freud
Volume in-8, di pag. 62, L. 7.50. — Per i nostri abbonati sole L. 6,90 franco di porto.

Prof. G. Alessandrini
Insetti trasmettitori di malattie
Volume in-8, di pag. 94, con 34 figure intercalate nel testo L. 12. — Per i nostri abbonati sole L. 11.30 franco di porto.

Prof. A. Corsini.
Medici ciarlatani e ciarlatani medici
Volume in-8, di pag. 112, con 8 tavole fuori testo L. 9. — Per i nostri abbonati sole L. 8.25 franco di porto.

Prof. G. Grixoni.
La depurazione dell'acqua da bere
Volume in-8, di pag. 170 L. 15. — Per i nostri abbonati sole L. 13.80 franco di porto.

Prof. P. Rondoni.
Sessualità e Ringiovanimento
Volume in-8, di pag. 74 L. 7.50. — Per i nostri abbonati sole L. 6.90 franco di porto.

Prof. D. Carbone.
I microrganismi dell'industria
Volume in-8, di pag. 90, con 12 figure intercalate nel testo L. 7.50. — Per i nostri abbonati sole L. 6.90 franco di porto.

Prof. L. Viganò.
Vaccino e Vaccinazione contro il vaiuolo
Volume in-8, di pag. 71, con 5 figure intercalate nel testo L. 7.50. — Per i nostri abbonati sole L. 6.90 franco di porto.

Prof. A. Trambusti.
Luigi Pasteur
Volume in-8, di pag. 48 L. 5. — Per i nostri abbonati sole L. 4.25 franco di porto.

Prof. A. Herlitzka.
Fisiologia ed Aviazione
Volume in-8, di pag. 160, con 34 figure intercalate nel testo L. 16. — Per i nostri abbonati sole L. 14.50 franco di porto.

Dott.ssa M. Diez Gasca.
La scelta del mestiere
Volume in-8, di pag. 131, con 8 figure intercalate nel testo L. 15. — Per i nostri abbonati sole L. 13.80 franco di porto.

Prof. G. Fichera
La lotta contro il cancro
Volume in-8, di pag. 114, con numerose grafiche intercalate nel testo, L. 12.50. — Per i nostri abbonati sole L. 11.60 franco di porto.

I. Spadolini
Le funzioni nervose nel sistema della vita vegetativa
Volume in-8, di pag. 157 con 49 figure intercalate nel testo, L. 15. — Per i nostri abbonati sole L. 13.80 franco di porto.

Per ottenere quanto sopra inviare Vaglia Postale all'Editore Luigi Pozzi - Via Sistina 14 - Roma

ANNO XXXII Roma, 25 Maggio 1925 Fasc. 21

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI ROMA.
Prof. V. ASCOLI, direttore.

Le sindromi cliniche dell'insufficienza respiratoria

pel dott. REMO MONTELEONE, assistente.

La nozione dell'ipocapacità funzionale respiratoria, dell'insufficienza respiratoria cioè, intravista già mezzo secolo fa da Hutchinson ed in seguito patrimonio esclusivo dei fisiologi, non ha cominciato ad avere applicazione clinica che da una ventina di anni· Hutchinson, Rosenthal, Hirtz, Breccia, Sergent, Maurel, Marey, Joal ed altri cercarono, con l'aiuto dei mezzi di osservazione che la fisiologia rendeva a mano a mano più perfetti, di precisare nel campo vasto delle affezioni polmonari quelle sindromi che l'esame esatto del malato faceva riferire ad una diminuzione — diremo essenziale — della capacità respiratoria polmonare.

E poichè è bene intenderci sul significato dell'insufficienza respiratoria, ricorderemo come i fatti di ipocapacità respiratoria funzionale, dei quali andremo dicendo, non sono da confondersi con le sindromi derivanti dalla presenza di lesioni grossolane dell'apparato respiratorio — ad esempio un versamento cospicuo, una voluminosa cisti, un tumore, una vasta epatizzazione, ecc., — come pure di altro capitolo dell'insufficienza respiratoria fanno parte le ipocapacità che sono da prevedersi in stenosi tracheali o laringee, ed in un terzo le insufficienze respiratorie derivanti da cifosi, da cifoscoliosi accentuate ed apportanti modificazioni non ad uno ma a tutti gli organi.

Con il Sergent, con il Du Pasquier, noi dunque intendiamo per insufficienza respiratoria la ipocapacità respiratoria funzionale espressione di una diminuzione abituale della funzione respiratoria indipendente da ogni lesione polmonare o pleurica, da ogni lesione intrinseca od estrinseca di estensione tale da limitare meccanicamente il campo dell'ematosi. La qualifica di « abituale » ci fa senz'altro escludere le dispnee transitorie, consecutive, ad esempio, ad una asistolia, ad una polmonite, ecc. Facciamo rientrare però nel campo delle nostre insufficienze respiratorie quelle dovute a lesioni poco estese pleuropolmonari passate « in giudicato » dopo il loro periodo acuto.

Multiple sono le sindromi di insufficienza respiratoria finora isolate, varia la loro classificazione, col variare del concetto dal quale, per giungere ad essa, gli AA. partirono. Secondo l'etiologia furono da alcuni distinte in·

insufficienze respiratorie idiopatiche;
insufficienze respiratorie sintomatiche.

Per l'estensione in:
insufficienze respiratorie totali;
insufficienze respiratorie parziali.

Tenendo conto dell'età in cui si svilupparono, si distinsero:
insufficienze respiratorie dell'infanzia;
insufficienze respiratorie degli adolescenti.

A seconda dell'esito della terapia esisterebbero secondo alcuni:
insufficienze respiratorie riducibili;
insufficienze respiratorie irriducibili.

Per la localizzazione alcune furono chiamate:
insufficienze respiratorie apicali, altre:
insufficienze respiratorie diaframmatiche.

Rosenthal distingue l'insufficienza respiratoria nelle tre forme:
insufficienza respiratoria nasale, cioè per deficienza della respirazione nasale;
insufficienza respiratoria toracica, per restrizione del giuoco normale delle coste di qualunque origine sia;
insufficienza respiratoria diaframmatica.

Noi distingueremo le insufficienze respiratorie a seconda della zona che la semeiologia ci indica essere il punto di partenza dell'inerzia polmonare. Avremo quindi:
ipocapacità respiratorie da insufficienza apicale;
ipocapacità respiratorie da insufficienza basale;
ipocapacità respiratorie da insufficienza ilare.

Ad essa vanno aggiunte quelle che da AA. diversi furono chiamate « forma nervosa » l'una, da « pseudo ipertrofia cardiaca », l'altra.

ETIOLOGIA. — Qualunque sia il tipo dell'ipocapacità respiratoria, domina il « terreno » sul quale l'affezione si sviluppa, la costituzione speciale dell'individuo: i p. si possono far rientrare tutti nel primo gruppo della classificazione morfologica del De Giovanni, cioè alla prima combinazione morfologica nella quale come precipuo fatto fisiologico già mezzo secolo fa l'A. metteva l'insufficienza respiratoria.

Bambini od adulti, si tratta di individui anemici, distrofici, a torace piatto, a sviluppo tardivo, adulti in genere non superiori ai 20 anni di età, a torace cilindrico fornito di debole muscolatura, con peso proporzionalmente inferiore alla taglia: l'ipotonia di questi muscoli toracici va, per il Sergent, presa in speciale considerazione nella patogenesi.

Delle cause determinanti, il maggior numero risiede in ostacoli meccanici alla respirazione, nelle prime vie respiratorie: il p. si abitua a respirare incompletamente a causa di vegetazioni adenoidee, che portano all'esclusione della via nasale, a causa di deviazioni del setto, di polipi, di ipertrofie delle tonsille. Ed aggiungiamo le adenopatie tracheo-bronchiali, il rachitismo, il male di Pott, le affezioni pleuro-polmonari che guarite lasciano sussistere il disturbo funzionale cui hanno dato origine: insufficienze respiratorie sono da addebitarsi a ferite del petto, altre sono sequele di inalazioni di gas tossici. Entrano anche in causa affezioni addominali che interessino il diaframma: epato-splenomegalie, appendiciti, salpingiti, peritoniti. Anche il sistema nervoso può alcune volte intervenire con svariate nevropatie.

Tutta una serie di disturbi in misura più o meno intensa ostacolando il normale funzionamento del complesso respiratorio può portare all'insufficienza respiratoria che la semeiologia fisica e — meglio ancora — la semeiologia funzionale, mettono in evidenza.

SINTOMATOLOGIA. — *Sintomi fisici*: all'ispezione risalta il tipo costituzionalmente caratteristico, longilineo, con diametro del torace longitudinale superiore di parecchio al diametro sagittale; il torace è appiattito; scapole discoste dalle pareti toraciche, ovvero torace con stimmate rachitiche, a carena, ad imbuto; ovvero con retrazioni da pregressa ferita. Sergent fa notare oltre alla strettezza della gabbia toracica una particolare alterazione di essa, consistente in una depressione circolare sull'unione del terzo medio con il terzo inferiore già messa in evidenza dall'Oelsnitz e Guinon negli adenoidei cronici, deformazione toracica molto più netta all'esame radioscopico che non alla semplice ispezione. La muscolatura alla palpazione flaccida, ipotrofica, la cute sottile, pallida. Il respiro è quasi sempre buccale e più rapido che di norma: la frequenza compensa la deficienza dell'atto respiratorio; in genere il tipo del respiro è misto, toraco-addominale. Il fremito vocale tattile talora è indebolito. Talora ipofonesi alle due basi, od ipersonorità ai due apici. Il cuore è per lo più medianizzato, a goccia.

All'ascoltazione il murmure vescicolare non di rado è indebolito.

Sintomi funzionali: l'indice respiratorio di Hirtz, cioè l'indice indicante l'elasticità toracica, è dato da cifre inferiori, e talora notevolmente, ai sette cm.

Con la prova della massima pausa apneica volontaria, nell'insufficienza respiratoria si hanno cifre variabili dai 30 ai 20 ai 10 secondi, invece dei 45 e più dell'uomo normale.

Misurando la capacità vitale allo spirometro, si ottengono cifre inferiori ai 3500 cc. dell'adulto normale. Spingendo l'esame funzionale oltre con i più fini metodi dei quali disponiamo, con la misurazione cioè dell'aria corrente, con la pneumografia, con la pneumatometria, con la misura del « debit » respiratorio massimo, con la radioscopia la quale ci dimostra il grado di mobilità del diaframma e delle costole, veniamo ad avere la conferma del deficit funzionale respiratorio sospettato all'esame clinico.

FORME CLINICHE. — Una classificazione che a noi sembra logica, è quella che si basa sulla localizzazione delle zone di inerzia polmonare: è perciò conveniente distinguere forme *generalizzate* e forme *localizzate*.

Le forme generalizzate in genere sono di pertinenza della prima infanzia e dell'adolescenza con respirazione nasale difettosa: ad essa si attaglia la descrizione sintomatologica precedente.

Delle forme localizzate hanno importanza:

L'insufficienza respiratoria degli apici: è la sindrome descritta dal nostro Breccia e completata dagli AA. francesi.

In essa, oltre ai caratteri generali somatici comuni alle altre forme di insufficienza respiratoria, si ha una diminuzione di intensità del suono alla percussione degli apici; non esiste in genere ottusità. Il fremito vocale è talora diminuito, talora normale, mai aumentato. All'ascoltazione l'espirazione è prolungata, non soffiante: secondo il Sergent si ha una diminuzione spesso notevole del murmure vescicolare. Esiste netta ipoespansione apicale, non si rilevano nè rantoli bronchiali, nè bronco-alveolari, in qualsiasi momento si ascolti il malato.

L'esame radioscopico mostra una diminuzione dell'espansione degli apici, ma non rivela nè opacità nè modificazioni della densità del tessuto polmonare: si nota invece una velatura uniforme della trasparenza polmonare bilateralmente simile; se si invita il p. a tossire od a respirare profondamente, la velatura scompare mostrando l'integrità del parenchima polmonare.

Misurando la capacità funzionale respiratoria, valutando l'indice respiratorio di Hirtz, gli indici spirometrici, ecc., si ha la conferma che il deficit è puramente dinamico e varia da un individuo all'altro.

L'insufficienza respiratoria ilare deve comprendere quelle forme di ipocapacità respiratoria dovute in genere a grosse adenopatie ilari: in un primo tempo genuinamente ilari, con l'estendersi dell'adenopatia alla trachea ed ai bronchi divengono forme miste, particolari delle insufficienze respiratorie generalizzate.

Per Sergent l'insufficienza respiratoria più che sintoma dell'adenopatia è un reliquato di essa e trova la sua causa nelle deformazioni toraciche apportate dall'adenopatia e dall'abitudine di mal respirare contratta dal p.

Sono bambini a torace piatto, con adenopatia diffusa periferica, anemici, ipotrofici: l'esame radioscopico mostra voluminose adenopatie ilari e poi bronchiali. In alcuni casi si può pensare a compressione tracheobronchiale per parte dei gangli aumentati di volume, in altri occorre riferirsi all'ipotesi del Sergent dell'abitudine a respirare male.

L'insufficienza respiratoria basale trova giustificazione in uno stato morboso speciale del diaframma descritto fin dal 1903 dal Rosenthal: l'insufficienza respiratoria è dovuta alla diminuzione dell'escursione respiratoria diaframmatica eguale per le due metà od ineguale, senza che si abbia lesione nervosa od infiammatoria del diaframma. Il disturbo primitivo è qui dunque costituito dall'alterazione funzionale del diaframma, talora per disturbo puramente fisico, in genere iniziato da una causa organica ed in seguito mantenuto per acquisita attitudine viziosa.

L'insufficienza diaframmatica in prima linea è la conseguenza di ogni ostacolo alla respirazione nasale: il diaframma non può abbassarsi se non a condizione che penetri nel torace una quantità sufficiente di aria: in caso contrario pel suo abbassamento avverrebbe uno stiramento del polmone: quindi ipertrofie dei cornetti, deviazioni del setto, compressioni tracheali, riniti, adenoiditi, attitudini viziose postoperatorie sul naso. In seconda linea occorre ricordare le attitudini viziose conservate dopo la guarigione di fratture delle coste, di nevralgie intercostali; le lesioni a distanza a carico della colecisti, dell'appendice, del duodeno, degli annessi, ed aggiungi ogni disturbo statico, dalla gravidanza normale alle ptosi viscerali: si viene in tal modo, incoscentemente, a limitare la discesa del diaframma e, cessata la causa, resterà l'attitudine viziosa dell'insufficienza diaframmatica.

Di altre due forme cliniche diremo brevemente.

La prima è *la forma nervosa*, caratterizzata da dispnea intensa al minimo sforzo, da irregolarità completa dei movimenti respiratori, da stato neuropatico accentuato.

La seconda è *l'insufficienza respiratoria nelle pseudoipertrofie di cuore da crescenza*. Le ricerche dell'Huchard e di Rosenthal hanno dimostrato che la cosidetta pseudoipertrofia del cuore da crescenza deve essere interpretata nel senso che il disturbo organico e fisiologico in pazienti del genere risiede nel torace, nell'apparecchio respiratorio, abbenchè sia il cuore a risentirne: la sindrome della pseudoipertrofia del cuore da crescenza, non sarebbe che una particolare forma di dissociazione toraco-corporale descritta da Rosenthal, e dell'insufficienza respiratoria sua causa provocatrice. Per Huchard la causa della ipertrofia del cuore da crescenza è una deformazione speciale del torace nei fanciulli e negli adolescenti che ingrandiscono oltre misura nella pubertà e la deformazione si manifesta con allungamento del torace, con restringimento del diametro antero-posteriore e trasverso: non è il cuore che si sviluppa troppo, ma è il torace che non si sviluppa abbastanza.

I p. affetti da questa forma in genere respirano con la bocca, sia per ostacolo anatomico rinofaringeo o nasale alla respirazione nasale, sia che la via sia troppo larga togliendo al p. la sensazione subiettiva del passaggio dell'aria

che abbia conservato l'abitudine viziosa della respirazione buccale resa in primo tempo necessaria da vegetazioni adenoidee, da deviazioni del setto, ecc., e resa permanente dopo l'intervento. La conservazione dell'abitudine viziosa malgrado la permeabilità nasale è causa di funzionalità irregolare e difettosa, onde dispnea e palpitazioni causa di atrofie ed inerzie del torace.

L'esame funzionale ci rileva un basso indice di Hirtz, un irregolare abbassamento dell'indice spirometrico sia per quel che riguardi l'aria corrente, sia che riguardi la capacità vitale.

La DIAGNOSI dell'insufficienza respiratoria e delle sue varie forme morbose da quanto precede occorre basarla sulla constatazione di una caratteristica conformazione somatica e sul risultato delle varie prove di esame della sufficienza respiratoria: cirtometria, spirometria, radioscopia.

Quel che va escluso in prima linea è il sospetto di una manifestazione tubercolare, specialmente allorchè si pensi alla forma di insufficienza respiratoria apicale: la febbre, di qualsiasi entità sia, sta contro una manifestazione morbosa del gruppo descritto, così pure la constatazione di zone di ottusità, specie se distribuite in modo irregolare nei due emitoraci, così le alterazioni grossolane del murmure, la esistenza di rumori umidi, l'immobilità unilaterale del diaframma, l'opacità o la marmorizzazione allo schermo radioscopico uni- o biapicale, uni- o bilaterale.

Du Pasquier ricorda anche di differenziare la clorosi: ma oggidì è questa una malattia estremamente rara: ad ogni modo, secondo Maurel, al contrario della clorosi nella insufficienza respiratoria non si hanno disturbi dell'appetito e della digestione.

PATOGENESI. — Secondo Breccia tre gruppi di fattori sono da chiamare in causa ed essi valgono sia per l'insufficienza apicale che totale, ed essi sono:

1) la diminuzione della quantità di aria contenuta negli apici;

2) la diminuzione della ventilazione — aria mobile — degli apici;

3) la diminuzione dell'energia respiratoria da causa muscolare.

Questi tre fattori sono effetto non del collasso nè dell'atelettasia, non sono cioè effetto di cause anatomiche, ma sono effetto specialmente di fattori morfologici — forma della gabbia toracica — o strutturali — insufficiente sviluppo dei muscoli respiratori — o dinamici — diminuzione di elasticità e contrattilità dei polmoni, d'espansione degli spazi intercostali nello sforzo. Ma questi tre fattori possono ben essere l'effetto non la causa della sindrome: per Sergent il primo posto nella patogenesi dell'insufficienza respiratoria spetta all'ipotonia del diaframma: se l'insufficienza del giuoco diaframmatico non porta sempre all'insufficienza respiratoria totale ma solo all'insufficienza respiratoria degli apici è perchè queste regioni sono normalmente meno ventilate. La ipotonia del diaframma sembra legata al disturbo portato alla esplicazione dell'atto respiratorio dall'ostacolo nasofaringeo ed all'abitudine che ne risulta di respirare male ed incompletamente.

PROGNOSI. — La sindrome dell'insufficienza respiratoria sia totale che parziale non deve considerarsi un'affezione grave nè prelude ad affezioni peggiori. È caratteristico di tutte le manifestazioni di insufficienza respiratoria di migliorare rapidamente con un trattamento metodico e progressivo. Spesso l'insufficienza respiratoria si accompagna ad astenia delle funzioni vegetative circolatorie e digestive. Sergent ben nettamente afferma che se a priori si può pensare che l'insufficienza respiratoria possa favorire lo sviluppo di una tubercolosi, i fatti dimostrano che pazienti di tal genere non sono più esposti degli altri ad essere colpiti dal bacillo di Koch; è certo però che nell'adulto possono verificarsi anche delle insufficienze respiratorie ribelli a qualsiasi trattamento con decadimento progressivo dell'individuo. La prognosi di guaribilità, è ovvio, deve considerarsi in stretto rapporto con l'età del p. da una parte e l'età dell'insufficienza dall'altra: più giovane è il p., più recente è l'installazione dell'insufficienza respiratoria, migliore è la prognosi se si interviene con terapia attiva.

CURA. — Far precedere l'esplorazione chirurgica delle vie aeree superiori: intervenire nelle fosse nasali se la clinica ci fa ivi ritrovare come causa una deviazione del setto, dei polipi, o vegetazioni adenoidee, ecc. In secondo luogo — tenendo di mira che la respirazione fisiologica è preminentemente nasale — rieducare la respirazione nasale e completarla con la spirometroterapia, con l'elioterapia, l'aeroterapia, ecc.

Nozioni più dettagliate possono trovarsi nei lavori seguenti:

ACHARD et BINET L. *Examen fonctionnel du poumon.* Masson et C.ie, Paris, 1922.

BRECCIA G. *Hypocapacité respiratoire du sommet.* La Presse méd., 1918, n. 68.

DE GIOVANNI A. *Morfologia del corpo umano.* U. Hoepli, edit., Milano, 1904.

DU PASQUIER. *L'insuffisance respiratoire et son traitement.* Gazette des hôpitaux, 1924, n. 28.

LEREBOUILLET. *L'insuffisance respiratorie chez l'enfant.* Paris médical, 1925, n. 3.

PREVEL. *L'indice respiratoire d'usure.* La Presse médicale, 12 agosto, 1922.

ROSENTHAL G. *La pseudo-hypertrophie du coeur de croissance.* Paris médical, 1924, n. 41.

ID. *L'insuffisance diaphragmatique syndrome et maladie.* Paris médical, n. 32, 1924.

ID. *La forme irréductible de l'insuffisance respiratoire.* Paris médical, 1924, n. 22.

SERGENT. *Les grands syndromes respiratoires.* Doin édit., 1924, fasc. 1.

ID. *L'insuffisance respiratoire des sommets.* Academie de médicine, 20 maggio 1920.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE COLONIALE DI ASMARA.

Il gozzo in Eritrea

pel dott. ENRICO BUSSA-LAY, chirurgo primario.

La nostra Colonia prossima al Mar Rosso è divisa politicamente in otto Commissariati e, per comodità di studio, può esser divisa, nello stesso modo, geograficamente. Questi Commissariati sono:

Massaua: Capoluogo Massaua sul mare.

Assab: Capoluogo Assab sul mare.

Barca: Capoluogo Agordat a 638 m. sul livello del mare.

Gasch-Setit: Capoluogo Barentù a 980 m. sul livello del mare.

Seraé: Capoluogo Adi Ugri a 1600 m. sul livello del mare.

Cheren: Capoluogo Cheren a 1400 m. sul livello del mare.

Acchelè Guzai: Capoluogo Adi Cajeh a 2423 m. sul livello del mare.

Hamasen: Capoluogo Asmara a 2400 m. sul livello del mare.

A questi commissariati sono aggregate tre Residenze: quella del Sahel nella quale si ha un centro di qualche importanza: Nacfa a 1650 m. sul livello del mare; quella del Mareb e della Scimezana.

Ho fatto una specie di inchiesta presso i commissariati per formare uno schema della distribuzione del gozzo e per stabilire se, oltre gli ammalati che venivano all'ospedale a farsi operare, ve ne fossero degli altri rinunziatari ed ho potuto assodare che il gozzo, in Eritrea, è sporadico e che il maggior numero di gozzuti si trova nel commissariato di Asmara e, precisamente, a Saladarò (2327 s. m.) ed a Scicchetti (2045 m. sul m.).

Vi sono dei gozzuti nella residenza del Sahel ma non assumono mai il carattere di epidemia nè tanto meno di endemia.

Il gozzo è raro a Cheren, ad Adi Ugri, a Barentù; affatto sconosciuto ad Agordat, a Massaua e ad Assab. Il che significa che il maggior numero di gozzuti si riscontra nell'altipiano e la frequenza va via via diminuendo a mano a mano che ci avviciniamo al bassopiano ed al mare.

Ed ecco quali sono nell'altipiano e nel bassopiano i caratteri del suolo, delle abitazioni, dell'alimentazione dell'acqua, cioè, di quei fattori che, secondo le teorie più in voga, possono influire sulla eziologia del gozzo.

La terra, sull'altipiano, è in generale fertile per quanto non abbondino i corsi d'acqua. Viene coltivata a grano, dura, orzo, con successo. La semina si fa alla fine di maggio od ai primi di giugno cioè poco prima del periodo delle grandi pioggie. Ad ottobre, cioè alla fine delle pioggie, si fa il raccolto. La superficie del suolo che ha una tinta rossiccia, per la grande ricchezza di ossido di ferro rosso che affiora, nella maggior parte dei mesi dell'anno, si ricopre, durante il periodo delle grandi pioggie di un fitto manto verde, su tutto l'altipiano. Nelle regioni dove l'irrigazione è permanente prospera ogni sorta d'albero fruttifero a cominciare da quelli tropicali, per finire in quelli della zona temperata.

A 1800 m. vegeta l'ulivo selvatico e fiorisce l'arancio; a 2400 m. il clima è mite e nei giardini sparsi qua e là sorride un'eterna primavera. Le popolazioni sono per lo più agricole.

Nel bassopiano la terra risente, manifestamente, del clima affricano e difficilmente si adorna di verde se non a tratti e durante il regime delle pioggie, che va da novembre a marzo; la superficie del suolo è ondulata, cosparsa di cespugli ispidi su cui pesa un'atmosfera afosa, infuocata. La solitudine ha qui il suo regno.

L'occhio indaga, spia lo spazio e tutt'al più appare qualche sciacallo o qualche gazzella ad animare il paesaggio così triste, arido, dove invano si cerca il luccichio di un misero rigagnolo. Predominano i cammellieri ed i commercianti.

Le abitazioni indigene, in tutta la colonia, sono i *tucul* la cui forma conica oppone grande resistenza ai venti ed alle pioggie che talora imperversano. Nei grossi aggruppamenti le case hanno un tetto pianeggiante fatto di tronchi, frasche, terra, cementati con sterco bovino. In queste abitazioni dove si svolge gran parte delle manifestazioni di vita dei proprietari, dove insomma si nasce e si muore, trovano riparo durante la notte e nelle intemperie i buoi, il maiale, l'asino. Voluminosi orci impastati di terriccio e di sterco bovino celano gli approviggionamenti di orzo e dura. Gli indigeni si cibano meschinamente di angerà, un pane molliccio a forma di sfoglie ed in occasione delle feste di carne semicruda di montone o di bue; bevono la seua (birra), il tec (vino di miele), il the ed il caffè.

L'acqua viene fornita ad Asmara da un bacino della capacità di parecchi milioni di metri cubi che raccoglie le acque piovane e quelle di alcuni rigagnoli. Da questo bacino l'acqua si distribuisce mediante una conduttura alle abitazioni della città. Quest'acqua, pur essendo ricca di sali di calcio e di magnesio, oltre il limite della potabilità, viene bevuta, senza manipolazioni speciali, salvo le filtrazioni indispensabili, all'origine.

Altro serbatoio d'acqua è a Dogali, donde l'acqua, per mezzo di tubatura, viene trasportata a

Oss. 15 Oss. 13 Oss. 14

Alcune forme di gozzo prima dell'intervento operativo. Per le spiegazioni relative v. n corrispondente del quadro sinottico.

Oss. 15 Oss. 13 Oss. 14

Dopo l'operazione.

Massaua e consumata, nonostante il rilevante grado di durezza.

Questi serbatoi provvedono una minima parte delle popolazioni della colonia il cui sottosuolo è dotato di una ricca falda acquifera, talchè in qualsiasi punto si possono scavare pozzi per i rifornimenti ordinari della vita dove manchino sorgenti o corsi d'acqua. Le popolazioni della campagna fanno anche uso di acqua di pozzanghere; ed avviene allora che l'indigeno riempie la sua otre dove poco prima ha bevuto il gregge od un branco di scimmie e non v'è da stupirsi se l'acqua sia ricca, oltre che di sali minerali di germi svariati, di sanguisughe e di detriti organici. Tuttavia, non s'hanno a lamentare epidemie dovute all'uso incongruo di questa acqua, come bevanda. L'indigeno è si può dire refrattario al tifo addominale mentre ha una grande recettività pel tifo esantematico.

Ecco, a titolo di saggio, i dati dell'analisi chimica dell'acqua di Asmara:

		Cifre normali
Residuo fisso per litro	gr. 0,508	da 0,1 a 0,5
Silice (SiO_2)	» 0,033	
$Fe_2O_3 + Al_2O_3$	» 0,002	
CaO	» 0,128	sino a 0,12
MgO	» 0,052	0,04
SO_3	» 0,022	da 0,002 a 0,1
Cl pari a gr. 0,076 di NaCl	» 0 046	da 0,002 a 0,035

Dove riscontrasi una percentuale di sali alcalino terrosi, di SO_3 e di Cl superiore al normale limite della potabilità.

E l'analisi chimica dell'acqua dell'acquedotto di Dogali dà i seguenti risultati:

Residuo fisso per litro		gr. 1,490
Silice (SiO_2)	»	» 0,027
$Fe_2O_3 + Al_2O_3$	»	» 0,002
CaO	»	» 0,157
MgO	»	» 0,091
SO_3	»	» 0,221
Cl	»	» 0,493

In questa la percentuale dei sali dei metalli pesanti e del Cl è ancora di molto maggiore del normale.

Le due acque sono, evidentemente, dure ma non credo che possano influire sulla diffusione del gozzo perchè se così fosse dovremmo avere a Massaua una frequenza maggiore dei casi di gozzo rispetto all'altipiano mentre a Massaua come ad Assab il gozzo è affatto sconosciuto.

Impurità batteriche vi sono indubbiamente nelle due acque ma sono germi banali che lasciano immuni i bevitori. Se poi si dovesse tener conto delle impurità batteriche le popolazioni che bevono le acque dei rigagnoli inquinati dovrebbero andar soggetti al gozzo con una frequenza uguale nel basso piano e nell'altipiano il che non accade.

Ho potuto riscontrare il gozzo nei bambini, in soggetti giovani, in adulti ed in vecchi con una percentuale superiore negli adulti e nelle donne, rispetto agli individui di sesso maschile.

Il fattore ereditario non s'è reso particolarmente sensibile. Gli indigeni abbandonano spesso il gozzo alla sua evoluzione naturale e ne sopportano, a lungo, con pazienza, il fardello di molestie che esso reca con sè. Perciò il gozzo raggiunge, spesso, dimensioni notevoli ed oltre che turbare l'estetica dei malati è causa di disfagia, disfonia, e talora di dispnea, enfisema, bronchite cronica.

Come si vede dallo specchio degli operati il gozzo raramente riveste, in Eritrea, un'unica forma anatomo-patologica.

Il gozzo cistico è, talora, associato al gozzo follicolare; il gozzo adenomatoso è fuso qualche volta col cistico; talora il gozzo parenchimatoso è associato al cistico ed all'adenomatoso; qualche volta ancora si ha la forma mista: cistica, adenomatosa, fibrosa, vascolare. Osservai un caso di gozzo esoftalmico classico, di cui riporto la fotografia.

In diversi casi le propaggini si estendevano dietro lo sterno. In un caso di gozzo parenchimatoso, a sviluppo retrosternale, accompagnato da cianosi intensa, da disfonia e disfagia, potei osservare la cicatrizzazione dopo l'operazione ma dopo alcuni mesi apparve una degenerazione maligna (carcinomatosa) galoppante che condusse a morte l'inferma.

Riguardo alla cura gli indigeni curano il gozzo con causticazioni locali col ferro rovente. Prendono dei ferri d'ombrello, li arroventano e poi toccano ripetutamente il gozzo in modo da crivellarne di causticazioni puntiformi i tegumenti. Il risultato è nullo.

Tenendo conto della teoria che spiega l'insorgenza del gozzo con un insufficiente approvvigionamento di iodio introdotto negli alimenti e che obbliga la tiroide ad un iperfunzionamento e ad un'ipertrofia, per sopperire alla deficienza di iodio ho, talvolta, sottoposto i malati, prima dell'operazione, a cure iodiche prolungate senza ottenere notevoli vantaggi. Ho ritenuto sempre l'intervento chirurgico il solo efficace per la cura.

L'operazione è stata eseguita, talune volte, coll'anestesia generale, eterica o cloroformica, previa iniezione di morfina, per avversione speciale di certi soggetti a farsi operare svegli. Ma, il più delle volte, l'operazione è stata condotta a termine coll'anestesia locale colla novocaina.

Oss. 65
Prima dell'intervento operativo.

Oss. 65
Dopo l'intervento.

Oss. 298
Prima dell'operazione.

L'ammalata riportò dall'operazione un notevole miglioramento ma essendo uscita improvvisamente dall'Ospedale non fu potuta eseguire la seconda fotografia.

Oss. 51
Prima dell'operazione.

Oss. 51
Dopo l'operazione.

Css. 38
Prima dell'intervento.

Oss. 38
Dopo l'intervento.

N. d'ordine d. registro. Operazioni	Diagnosi	Anestesia	Operazione	Osservazioni
13	Gozzo pluricistico dei due lobi con qualche nucleo adenomatoso (Kropfknoten dei Tedeschi).	Etero-morfinica.	Incis. verticale doppia ad uncino. Lussazione. Enucleo-resezione. Drenaggio. Sut. parziale. Med.	Guarigione.
14	Gozzo parenchimatoso del lobo destro.	Id. Id.	Inc. verticale. Lussaz. Allacciatura art. tiroidea superiore. Tiroidectomia parziale. Drenaggio. Sut. Med.	Guarigione.
15	Gozzo parenchimatoso con nuclei cistici ed adenomatosi.	Id. Id.	Inc. verticale doppia ad uncino. Lussaz. Allacciatura tiroidea. Enucleo - resezione. Drenaggio. Sut. parziale.	Guarigione.
17	Gozzo parenchimatoso bilaterale. Degenerazione grassa della trachea.	Id. Id.	Incis. verticale doppia. Lussazione. Allacciatura tiroidea. Tiroidectomia parziale. Drenaggio. Sut. parz. Med.	Degenerazione della trachea grassa. Decesso per soffocazione.
38	Gozzo pluricistico con nuclei adenomatosi, in parte retrosternale-bilaterale.	Id. Id.	Inc. verticale doppia ad uncino. Lussazione. Enucleo-resezione. « Capitonnage ». Drenaggio. Sutura. Med.	Guarigione.
32	Gozzo parenchimatoso bilaterale voluminoso.	Id. Id.	Inc. verticale doppia ad uncino. Lussaz. Emostasi. Tiroidectomia parziale. Drenaggio. Sutura parziale. Med.	Guarigione.
51	Gozzo pluricistico con nuclei adenomatosi. Isolotti di gozzo parenchimatoso, vascolare, fibroso, bilaterale.	Locale-novocainica. Formula Reclus.	Incisione a cravatta di Kocher. Lussaz. Allacciatura tiroidee superiori. Enucleo - resezione. Drenaggio. Sutura parz. Med.	Guarigione.
65	Gozzo parenchimatoso, voluminoso, bilaterale.	Id. Id.	Inc. a cravatta. Lussaz. Allacciatura tiroidee. Tiroidectomia parziale. Drenaggio. Sut. parziale. Medicat.	Guarigione.
66	Gozzo voluminoso, dei due lobi, cistico con qualche nucleo adenomatoso. Disfagia. Disfonia. Dispnea.	Id. Id.	Incis. a cravatta. Lussazione. Allacciatura tiroidee superiori. Enucleo-resezione. « Capitonnage ». Drenaggio. Sut. Medicat.	Guarigione.
[illegible]	Gozzo cistico a contenuto siero ematico dei due lobi e dell'istmo con guscio parenchimatoso degenerato. Vascolarizzazione accentuata.	Id. Id.	Inc. a cravatta. Lussaz. Allacciatura tiroidea. Enucleo-resezione. « Capitonnage ». Drenaggio. Sut. parziale. Medic.	Guarigione.
102	Gozzo parenchimatoso dei due lobi con nucleo di ossificazione nel lobo sinistro.	Id. Id.	Incis. a cravatta. Lussazione. Allacciatura tiroidee. Tiroidectomia parziale. Drenaggio. Sutura. Medicat.	Guarigione.
144	Gozzo voluminoso misto: parenchimatoso, adenomatoso, cistico (peso 1 Kg.).	Id. Id.	Incis. a cravatta. Lussaz. Allacciatura tiroidea. Enucleo-resezione. « Capitonnage ». Drenaggio. Sutura parziale.	Decesso per bronco-polmonite.
191	Gozzo parenchimatoso del lobo destro.	Id. Id.	Incisione curvilinea. Lussazione. Emostasi preventiva. Tiroidectomia parziale. « Capitonnage ». Drenaggio. Sut. Medicat.	Guarigione.
296	Gozzo colloideo voluminoso dei due lobi. Degenerazione laringo-tracheale (grassa). Ulcerazione settica dei tegumenti. Emorragie a ripetizione.	Id. Id.	Incisione curvilinea. Lussazione. « **Morcellement** ». « Capitonnage ». Drenaggio. Sut. parz. Medicat.	Decesso per bronco-polmonite.
298	Gozzo esoftalmico.	Id. Id.	Incis. a cravatta. Lussazione. Allacciatura tiroidee. Tiroidectomia parziale. Drenaggio. Sutura. Medicat.	Migliorata.
339	Gozzo parenchimatoso e cistico bilaterale.	Etero-morfinica.	Incis. doppia armata. Lussaz. Allacciatura tiroidee. Enucleo-resezione. Drenaggio. Sutura parziale. Medicat.	Cicat. per 1ª intenzione.

La formula usata è stata questa:

Soluz. fisiologica gr. 100, novocaina 0.50, adrenalina cloridrato 1 ‰, goccie 8.

Soluzione che è stata adoperata colla tecnica seguente:

1) Due iniezioni simmetriche verso il mezzo del margine posteriore di ogni muscolo sterno-cleido-mastoideo, press'a poco a livello del suo incrocio colla giugulare esterna. Si inietta sotto la pelle e sotto l'aponevrosi, infiltrando i tessuti, per un'altezza di quattro centimetri circa (2 al al di sopra e due al di sotto della puntura) una quantità totale di 30 centimetri cubici, di soluzione di novocaina al 0.50 %.

2) Due altre iniezioni, ugualmente simmetriche, si praticano al di sopra del polo superiore del corpo tiroide là dove nei soggetti magri si sente battere l'arteria tiroidea superiore. Questo punto variabile con l'altezza ghiandolare si trova abitualmente ad un centimetro al di fuori ed un centimetro al di sotto del margine esterno dell'osso ioide.

L'ago è spinto attraverso la pelle e l'aponevrosi fino al tessuto cellulare basso che circonda l'arteria e si iniettano, da ogni lato, 10 cc. di soluzione anestetica.

Questo metodo suggerito dal Kulenkampf è, come si vede, una combinazione dell'anestesia del plesso cervicale che si rinviene sotto il margine posteriore del muscolo sterno-cleido-mastoideo, coll'anestesia dei peduncoli tiroidei superiori. Talora, mostrandosi questo metodo insufficiente, si praticavano delle iniezioni qua e là sulla parte più prominente e sul polo inferiore del tumore, infiltrando i tegumenti alla Schleich.

Quanto al metodo operatorio, l'incisione preliminare arcuata sul margine anteriore dello sterno-cleido-mastoideo è stata sufficiente nel gozzo unilaterale.

Nel gozzo bilaterale si è praticata l'incisione doppia, ad uncino, per aver molta luce nelle manovre operatorie. Nei gozzi non molto sviluppati praticai, talora, l'incisione estetica, a cravatta, di Kocher.

Come linea di condotta, nell'intervento nel gozzo parenchimatoso schietto: rimozione delle aderenze, lussazione, legatura dei vasi tiroidei superiori e di quelli inferiori, tiroidectomia parziale, lasciando 1/3 della massa totale della tiroide normale; nei gozzi cistici, adenomatosi: lussazione ed enucleazione dei diversi nuclei, dopo incisione della capsula propria del gozzo e della capsula dei nodi inclusi cistici ed adenomatosi; nelle forme miste veniva eseguito l'enucleoresezione con una emostasi progressiva e sutura in massa al catgut delle parti residue. Il drenaggio veniva applicato, di regola, in forma di stuello.

Il decorso postoperatorio è stato per lo più soddisfacente.

Talora temp. di 38°-38.5, per qualche giorno. Mai ho avuto a lamentare cachessia strumipriva o tetania tireopriva.

Mai fenomeni consecutivi a lesioni dei ricorrenti.

I casi osservati rientrano nel periodo di lavoro d'un biennio.

BIBLIOGRAFIA.

DUPLAY-RECLUS. *Trattato di chirurgia.* U. T. Ed. Torinese.

BERGMANN. *Trattato di chirurgia.* Soc. Ed. Lib., Milano.

GIORDANO D. *Manuale di medicina operatoria.* U. T. Ed. Torinese.

HERMANN TILLMANNS. *Trattato di patologia generale e speciale chirurgica.* Ed. Vallardi, Milano, vol. II, pag. 507.

WULLSTEIN e WILMS. *Trattato di chirurgia.* U. T. Ed. Torinese, vol. I.

Atti del XXVII Congresso della Società Italiana di Chirurgia, Roma, novembre 1920.

MARION. *Tecnique Chirurgicale.* Tome premier. A. Maloine et fils ed., Paris, 1921.

BERARD (LEON). L'avenir médical, Juin, 1921, Lyon.

KULENKAMPF e ZWICKAU. Zentralblatt für Chir., 1921, Bd. XLVIII, n. 35, pp. 1262-1265.

HUNZIKER H. *Die prophylasse der grossen schilddrüse.* Berna, Bircher, 1924, p. 360.

COMMENTI.

Dosaggio dei fermenti pancreatici.

Nel *Policlinico*, Sezione Pratica, fascicolo 16, 20 aprile 1925, a pagina 559 il dottor Pizzoglio in un « Commento » espone una ricca bibliografia che io non ho riportato nel mio lavoro: « I metodi più pratici di ricerca e di dosaggio dei fermenti pancreatici » comparso sul *Policlinico*, Sezione Pratica, fascicolo 10, 1925.

Tengo ad assicurare il dottor Pizzoglio che ero a conoscenza dei lavori da lui citati: ed ho citato nella bibliografia solo il lavoro di Baj (*Gazzetta Medica Italiana*, 1909, pag. 401), fatto sotto la guida del dottor Carpi e che riguarda il dosaggio del fermento triptico nelle feci, perchè esso è la base dei successivi lavori citati dal dottor Pizzoglio; non solo, ma poichè il mio lavoro si riferisce solo all'esame dei fermenti pancreatici estratti direttamente colla sonda di Einhorn, ho ritenuto esorbitare dal campo prefissomi citando lavori consimili, riguardanti ricerche sulle feci o sul succo gastrico, ricerche cioè indirette, lavori di cui per altro conosco la pregevolezza.

Non potei avere in mia mano il lavoro di Pestalozza (Milano, Zerboni, 1915) che non mi risulta essere pubblicato su riviste scientifiche. tanto meno poi potevo citare il lavoro di Rocchi (*Ospedale Maggiore*, 1925, n. 2) perchè io avevo consegnato alle stampe il mio lavoro prima che il suddetto fosse pubblicato.

Del resto esprimo il mio compiacimento che il metodo di Carnot per la determinazione del fermento triptico abbia, come dice il dottor Pizzoglio, fondamento su ricerche italiane e precisamente sul metodo Baj-Carpi (1909), metodo questo certamente di maggiore precisione perchè più si avvicina alle condizioni fisiologiche: ma io ho preferito il metodo della gelatina in capsule di Petri, per il fatto che io, come ho detto nel titolo e nel testo (pag. 350) del mio lavoro, ho cercato il metodo più rispondente alle esigenze della pratica, cioè che potesse essere « applicato anche da chi, non possedendo gran copie di materiale scientifico, (e quindi anche il termostato, cosa che succede spesso, sia negli ospedali sia in condotta) vuol diagnosticare con prestezza se il succo pancreatico è ricco o no di fermento triptico, tanto più, — dicevo nel mio lavoro — che la digestione avviene a temperatura ambiente ».

Però con questo io non avevo assolutamente l'intenzione nè di passare sotto silenzio nè di sminuire la importanza del metodo Baj-Carpi, la cui tecnica è generalmente apprezzata.

Dott. MARIO REVELLO.

Genova, 30 aprile 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La funzione del cervello frontale.

(DONATH. *Journal of Nervous and Mental Disease*, febbraio 1925).

L'idea che nella porzione frontale si svolgano le più alte funzioni psichiche è molto antica, e trova riscontro nelle manifestazioni artistiche di tutti i tempi. Gli artisti dell'antica Grecia e del Rinascimento raffiguravano gli dei e gli eroi con la fronte ampia e diritta per esprimere i loro attributi sovrumani, ed i fauni ed i satiri con fronte bassa e sfuggente per esprimere la loro bestialità, la deficienza delle più nobili facoltà umane.

A questa idea si tentò di dare una dimostrazione scientifica, quando cominciò ad affermarsi la dottrina delle localizzazioni cerebrali. Le ricerche cliniche e gli esperimenti riuscirono ad assodare sufficientemente la sede dei centri motori e sensoriali, più recentemente si è anche delimitata, quantunque non precisamente, la sede dei centri della sensibilità generale. Fu così determinata la funzione della circonvoluzione prerolandica (centri motori), della rolandica posteriore (centri sensitivi), di buona parte del lobo occipitale (centro visivo) e del lobo temporale (centro uditivo). Rimaneva in discussione la funzione di gran parte del lobo parietale e del lobo frontale. A quest'ultimo fu attribuita la sede dei processi psichici superiori. Ma questa teoria ebbe vivaci contrasti. Monakow, Munk, Vigouraux, Bruns, E. Müller, Nissl, Mayendorff negarono recisamente che il lobo frontale avesse una qualsiasi funzione psichica, sostenendo anzi che esso non aveva alcuna funzione importante o tutt'al più funzione motoria.

In effetti nella porzione posteriore del lobo frontale furono accertati centri motori, ma rimaneva sempre a decidere il significato della parte anteriore, del lobo prefrontale.

Le osservazioni cliniche portate a sostegno delle varie tesi circa la funzione del lobo frontale riguardano le neoplasie e le lesioni traumatiche di detta parte del cervello.

L'A. riporta innanzi tutto i casi contrari:

Ruckert: tumore di ambo i lobi frontali e della parte anteriore del corpo calloso; disturbi nel campo del trigemino e del facciale, nistagmo, disturbi dell'equilibrio, nessun disturbo psichico.

Ascenzi: lesione traumatica del lobo prefrontale destro con abbondante perdita di sostanza delle circonvoluzioni media e superiore: nessuna influenza importante per i processi mentali, ad

eccezione di una lieve riduzione dell'immaginazione e dell'intuizione.

Pfeiffer: tredici casi di tumore frontale: difetti dell'intelligenza non più marcati di quelli che s'incontrano in tumori con altra localizzazione: soli sintomi a focolaio manifesti quelli della parola e dell'equilibrio.

Serog: tre casi di tumore frontale senza alcun disturbo intellettivo.

Petrina: voluminoso sarcoma del lobo frontale sinistro senza alcun sintoma fino a poco tempo prima della morte.

Newmark: quattro casi di tumore prefrontale senza riduzione dell'intelligenza.

Gordon: quattro casi di tumore frontale con notevoli disturbi a tipo cerebellare, ma con intelligenza integra.

O. Rossi: lesione traumatica del cervello frontale senza disturbi psichici e motori, che facessero pensare a lesioni a focolaio dei lobi frontali.

Rauschburg: ferita da proiettile alla fronte seguita da ascesso cerebrale della grossezza di una testa di feto; il lobo frontale sinistro e la massima parte della sostanza bianca del lobo frontale destro era distrutta; nessuna apprezzabile alterazione delle alte funzioni mentali.

Di fronte a questi casi negativi vi sono molti casi positivi. La contraddizione non può essere spiegata con la ben nota circostanza che i tumori cerebrali anche con altra sede possono decorrere per lungo tempo senza manifesti sintomi clinici, o che l'esame non fu scrupoloso abbastanza o fu eseguito con mezzi inadeguati.

In molti casi le affezioni del lobo frontale provocano sindromi analoghe a quelle della paralisi progressiva, della schizofrenia, o della demenza, senza altre complicazioni.

Bernardt e Borckhardt riferirono il caso di un grosso tumore del lobo frontale sinistro che si iniziò clinicamente con una caratteristica sindrome paralitica, cui seguì afasia, emiplegia e sintomi generali di tumore cerebrale.

Sullivan riportò due casi di tumore prefrontale in criminali: i delitti furono commessi infantilmente, in modo da ricordare le azioni di un paralitico.

Van Gehuchten in un caso di tumore fibroso della parete dell'orbita destra con compressione di tutto il lobo frontale destro e di parte del sinistro, notò una profonda alterazione del carattere con spiccata tendenza alla malvagità.

Witney riportò il caso di un grosso tumore del lobo frontale destro con diffusione a sinistra, nel quale il paziente, che aveva un alto talento musicale, soffriva uno stato di depressione, scomparsa di ogni ambizione, rinunzia ad ogni attività professionale. E ciò per 15 anni fino a che comparvero i sintomi del tumore cerebrale.

Rosenbeck riferì il caso di un grosso endotelioma della dura della regione fronto-parietale destra, che provocava una sindrome perfettamente simile a quella della paralisi progressiva; questa sindrome scomparve con l'operazione.

Rosenfeld riferisce il caso di un soldato colpito alla fronte da un proiettile di fucile. Dalla posizione dei fori di entrata e di uscita si deduceva che ambo i lobi frontali erano stati attraversati a livello delle prime due circonvoluzioni. Dopo il trauma ci fu un breve periodo di incoscienza, e durante i primi tre giorni sintomi di pressione endocranica. Seguirono per due mesi disturbi psichici, consistenti sopratutto in uno stupore catatonico.

Forster in un caso di ferita tangenziale da proiettile di fucile delle prime due circonvoluzioni frontali d'ambo i lati non notò veri e propri disturbi intellettivi, ma mancanza di ogni impulso sentimentale e sintomi catalettici.

In un caso di ferita da proiettile attraversante ambo i lobi frontali, Schob vide in primo tempo gravi disturbi della coscienza con eccitazione psico-motoria; più tardi mancanza di spontaneità, perdita di ogni interessamento, difficoltà del raziocinio, stereotipia, sonnolenza, tendenza allo sbadiglio ed al singhiozzo, iperidrosi, indebolimento dei riflessi addominali e tendinei. I fatti permanenti consistettero in indebolimento della memoria e dell'intelligenza, mancanza di intuizione, euforia, discreta irritabilità, impulsi ambulatori, contegno stupido.

Dimitz e Schilder osservarono in una donna, poche settimane dopo un colpo sulla testa, perdita di iniziativa, di agilità, d'interessamento, disturbi dell'equilibrio e tremori accessionali; più tardi tremori costanti ad ambo le mani ed ipertonia generale. All'autopsia si trovò grosso tumore che aveva invaso gran parte della base del cervello frontale e quasi tutto il lobo frontale destro.

Curti in un caso di tumore della fossa anteriore con distruzione dei bulbi olfattivi e dei lobi frontali oltre gli altri sintomi generali trovò notevole indebolimento della memoria, grave irritabilità, idiozia.

Costantini osservò paralisi spastica e demenza in un caso di tumore del centro ovale del lobo prefrontale.

Mendel ricorda tre casi di lesione del cervello frontale con stupidità ed euforia.

Casi di demenza più o meno grave con lesioni degenerative o neoplastiche ben delimitate dei lobi frontali osservarono Richter, Gans, Düring, Marie e Benoist.

Adunque nelle affezioni del cervello frontale siano esse causate da tumori, degenerazioni o traumi, si ha decadenza mentale e morale, alterazioni del carattere rassomiglianti a quelle della paralisi progressiva, della schizofrenia o di altri processi morbosi conducenti alla demenza. Si deve pertanto concludere che le lesioni dei lobi frontali, siano esse dovute a spirocheti, a veleni endogeni o esogeni, a disturbi vascolari, ad invasioni neoplastiche o a traumi, sono accompagnate da disordini delle più alte funzioni psichiche.

Esistono osservazioni di lesione del corpo calloso con disturbi analoghi, per cui è stata da alcuni assegnata a questa parte del cervello la sede esclusiva della funzione intellettiva. Sta di fatto che nel corpo calloso si trovano le fibre associative che collegano i lobi frontali tra loro e con altre parti del cervello, nessuna meraviglia quindi che lesioni di detta parte disturbando le connessioni tra i due lobi frontali provochino disordine delle più alte funzioni psichiche.

I sintomi psichici di deficienza nelle affezioni dei lobi frontali sono multiformi in rapporto alla sede, alla intensità ed all'estensione del focolaio. Fino ad un certo punto si può dalla specie del disturbo psichico dedurre la funzione del lobo frontale. Si riscontrano disturbi della memoria e della percezione, amnesia retrograda, confabulazione, perdita completa della memoria, perdita dell'associazione delle idee e dell'intuizione, un indebolimento mentale simile a quello dell'idiozia. Questo indebolimento si manifesta sopratutto con euforia, ipomania, puerilità, tendenza al giuoco ed alla buffoneria. Si ha inoltre alterazione del carattere, irascibilità, ottundimento del senso della personalità, indifferenza per gli affari, ed anche pazzia morale. La perdita di ogni impulso conduce all'indifferenza, alla svogliatezza, all'apatia, all'inerzia completa, alla catalessi. Si hanno inoltre disturbi sensoriali (olfatto, vista, udito) e motori (afasia, ecc.).

Chorosko in quindici casi di lesioni del cervello anteriore riportate durante la guerra constata disturbi di tal genere. In parecchi casi trovò anosmia, afasia motoria, deficienza di volontà di parlare, parafasia, automatismo del linguaggio, difficoltà di trovare le parole, aprassia, e disordini affettivi. Notevole è l'asserzione del detto autore che nelle lesioni esclusive del lobo frontale sinistro non si hanno disturbi psichici, i quali si verificherebbero solo nelle lesioni di ambo i lobi frontali o della linea mediana. Tali disturbi consisterebbero prevalentemente in difetto di attenzione, azioni illogiche, ed in genere anormalità della condotta.

Goldstein nelle lesioni del cervello frontale oltre i disturbi della statica e della locomozione, della fissazione degli occhi e della testa, trovò disordini psichici consistenti essenzialmente nella perdita della capacità di discernere l'essenziale dall'eventuale. Da questo disturbo fondamentale derivano la disattenzione, la perdita dell'interesse e del potere di concentrazione.

Nel cervello frontale, ossia nell'area associativa anteriore di Flechsig, sono depositate le immagini delle cose e degli eventi, le cause sono comparate fra loro, quindi là si ha la percezione, la formazione delle idee astratte, dei giudizi. Là l'azione è ponderata, di là partono gli impulsi della volontà: le immagini vocali, grafiche, musicali sono convogliate ai rispettivi centri motori nella circoluzione centrale anteriore, dove il puro atto psichico del cervello frontale si trasforma in impulso motorio.

Gli esperimenti su gli animali non sono stati sicuramente probativi nel mettere in evidenza la funzione intellettiva dei lobi frontali.

Franz osservò che la estirpazione del lobo frontale sinistro provoca nelle scimmie deficienza psichica, che non sarebbe provocata dall'estirpazione del lobo destro. Ciò collimerebbe con le osservazioni cliniche dello stesso autore.

Bianchi estirpò la corteccia di ambo le regioni frontali e prefrontali, avendo trovato generalmente senza effetto l'estirpazione unilaterale.

Le sue osservazioni molto esatte sono di grande interesse. Una scimmia amputata del cervello frontale muta carattere e contegno: diventa pigra, se ne sta quietamente ed indifferente a tutto in un angolo, non giuoca più con le compagne, diventa sessualmente più brutale, dimostra una notevole riduzione delle funzioni psichiche superiori.

Franz insegnò a gatti e scimmie alcuni giuochi, che essi non erano più in grado di eseguire dopo l'asportazione dei lobi frontali. Ne concluse che in questa parte del cervello si compie la funzione associativa.

Ceni in seguito ad esperimenti su animali venne alla conclusione che nel cervello anteriore ha sede l'istinto materno.

Brodmann ritiene che un'esatta localizzazione corticale è possibile solo con ricerche microscopiche sugli strati più profondi. Egli divide il lobo frontale in una regione precentrale, corrispondente alla rolandica anteriore, che ha una funzione motoria, ed in una regione frontale propriamente detta la cui funzione, a suo avviso, è attualmente sconosciuta. La regione precentrale non manca in nessun mammifero e varia solo di estensione, la regione frontale invece è presente come una formazione speciale solo negli animali più elevati, così negli antropoidi è molto sviluppata. La superficie della regione frontale costituisce nel-

l'uomo il 29 % della superficie cerebrale totale, nello chimpanzé il 16,9 % e nelle scimmie meno evolute degrada dall'11,3 % fino all'8,3 %, nel cane è il 6,9 %, nel gatto il 3,4 %, nel coniglio il 2,2 %.

Adunque l'anatomia comparata, l'antropologia, gli esperimenti confermano l'alta funzione intellettiva dei lobi frontali. Comunque la intelligenza, intesa nel senso comprensivo dei più alti processi psichici quali si trovano più sviluppati nell'uomo, non ha la sede esclusiva nel cervello frontale. Al riguardo non si può negare importanza associativa ad altre aree quali la parietale e la temporale. Appare certo però che i lobi frontali abbiano una funzione di dignità più elevata.

DR.

Contributo allo studio dei tumori della regione quadrigemina.

(M. CASTEX, N. ROMANO e A. CAMAUER. *Prensa Médica Argentina*, 10 e 20, XII, 1924).

Gli AA. presentano insieme ad una completa storia clinica la sintesi delle opinioni correnti sulla fisiologia e semeiotica dei tubercoli quadrigemini. I punti principali di un caso da essi studiato si riducono ai seguenti:

Malata di dodici anni di età. Nel decorso di undici mesi l'unico sintoma a parte l'apatia, l'indifferenza, disturbi della scrittura, è stato la paralisi associata degli elevatori dei bulbi oculari. Quasi un anno dopo l'inizio di questi disturbi si presentano fenomeni d'ipertensione endocranica, intermittenti, che durano due o tre giorni e si ripetono dopo uno o due mesi. S'interpretarono come ostruzione intermittente dell'acquedotto di Silvio. In un terzo periodo appaiono sintomi cerebellari: locomozione oscillante, vertigini, ecc.

Nel sistema nervoso è analizzato separatamente: lo psichismo che si trova debole, scadente, in tutte le sue funzioni e le sindromi: 1) d'ipertensione endocranica; 2) quadrigemina, consistente in paralisi associata della elevazione, con durezza uditiva bilaterale e predominio destro; 3) sindrome cerebellare e per ultimo fenomeni di piramidalismo con Babinsky, che si spiegarono con la compressione del piede dei peduncoli cerebrali o con l'invasione della protuberanza, accettando come più logica, la prima ipotesi, data la vicinanza.

L'inizio con la paralisi verticale dello sguardo, la comparsa lenta e progressiva dell'ipertensione, la presenza successiva dei sintomi da vicinanza (cerebellare e piramidali), l'irreduttibilità del processo con il trattamento mercuriale, l'assenza d'antecedenti e di lesioni d'indole bacillare, il lento progredire di tutti i disturbi psichici e somatici, indussero gli AA. alla diagnosi di neoplasia con punto di partenza quadrigemellare, con ulteriore invasione o compressione delle zone vicine del sistema nervoso centrale.

Lo stato intellettuale sempre più scadente, l'ambliopia progressiva, li indussero a indicare la craniectomia decompressiva. Questo intervento portò scomparsa del piramidalismo e diminuzione netta dell'ambliopia; la confusione intellettuale divenne minore. Dopo venti giorni c'è un aggravamento e un ulteriore intervento chirugico. Dopo circa un mese l'ammalata morì e all'autopsia si trovò un tumore del volume d'una noce, rotondo, resistente al tatto, che occupava la zona quadrigemellare e creava una depressione nella superficie degli emisferi cerebellari, più a sinistra, e anche nel vermis superiore. L'istologia mostra un glioma a piccole cellule rotonde, molto vascolarizzato. L'acquedotto di Silvio è considerevolmente dilatato e occupato da una vescicola cistica.

Quindi gli AA. interpretano i singoli fenomeni osservati in rapporto con il reperto anatomopatologico. Fanno anche notare che la regione della ghiandola pineale si trovava invasa dal processo tumorale e che questo fatto è bene in rapporto con il considerevole sviluppo della statura e delle mammelle osservato nell'anno e mezzo di malattia.

RE.

ORGANI RESPIRATORI.

Forme cliniche della gangrena polmonare.

(MEIGNANT. *Gazette des hôpitaux*, n. 9, 31 gennaio 1925).

La frequenza incontestabilmente accresciuta della gangrena polmonare dopo la grande epidemia di influenza e dopo la guerra in conseguenza dell'uso dei gas asfissianti e l'aspetto modificato della malattia determinato da influenze mal definite, giustifica un tentativo di riordinamento nei dati acquisiti in venticinque anni di esperienza.

Nel 1875 Bucquoy descrisse una gangrena polmonare massiva ad evoluzione acuta, più o meno rapidamente mortale. Tale forma si riscontra ancora, ma più di frequente si riscontrano oggi delle forme ad evoluzione prolungata, spesso a *poussées* successive intramezzate da remissioni talvolta assai lunghe; sicchè l'aspetto clinico della malattia appare molto più polimorfo e la prognosi un po' meno severa di quanto non facciano credere le descrizioni ancora correnti. Oggi della gangrena polmonare si può descrivere tutta una gamma di forme cliniche a gravità decrescente, separandola accuratamente dai casi di

gangrena secondaria di cavità suppuranti bronchiali o polmonari.

Nella gangrena polmonare propriamente detta possiamo distinguere:

1) forme acutissime fortunatamente rare in cui il quadro setticemico precede e predomina il quadro della gangrena;

2) forme acute in cui si può distinguere una *forma pneumonica* ed una *forma pleurica*. La prima si presenta con inizio brusco o rapidamente progressivo, dolore puntorio, accentuata dispnea, tosse con scarso espettorato. Si potrebbe, per il quadro semeiologico pensare ad una polmonite o ad una congestione polmonare, ma se a segni fisici relativamente minimi si oppongono segni generali gravissimi, si deve sospettare la gangrena.

Verso il terzo-quinto giorno, poi l'espettorato si fa fetido, diventa abbondante e tenuto a riposo si separa nei noti tre strati: aerato, siero-albuminoso, purulento. L'esame microscopico dimostra frammenti di parenchima polmonare, pus, emazie; l'emottisi microscopica è costante, frequente e talora grave l'emottisi macroscopica.

Man mano che il focolaio necrosato si elimina, si fa manifesta una sindrome cavitaria, lo stato generale si aggrava sempre più, la morte per tossiinfezione generale o per setticemia sopravviene in 10-20 giorni se non viene affrettata da una emottisi, da una pleurite gangrenosa secondaria, da una localizzazione a distanza.

La forma pleurica è caratterizzata: dalla patogenesi, essendo spesso una forma embolica che complica un focolaio grangrenoso noto o no, dall'inizio brusco, dal rapido sviluppo di un versamento formato da un liquido torbido e rossastro, putrido, contenente germi e tessuto polmonare in disfacimento, dalla rapida evoluzione verso la morte per tossiinfezione, spesso con la comparsa di un pneumotorace spontaneo.

Forme subacute. — Già i classici avevano notato la possibilità del passaggio della forma acuta in una forma subacuta con migliorie passeggere, ma le forme subacute vere che si riscontrano oggi sono di un altro tipo.

Il primo episodio assume dapprima l'aspetto di una pneumopatia acuta mal definita, ma senza apparenza grave, successivamente alito ed espettorato fetido rivelano la gangrena; talora vi è reazione pleurica ma il liquido non presenta caratteri speciali. Radioscopicamente si dimostra dapprima una macchia cui, con rapidità patognomonica segue una immagine cavitaria. L'evoluzione è ora breve ora lunga, subacuta e torpida.

Gli episodi ulteriori possono spaziarsi anche di anni, ciascuno può assumere una fisionomia speciale, fondamentalmente però si ritrova sempre: alterazione dello stato generale, ricomparsa della fetidità dell'alito e dell'espettorato, i segni clinici e radiologici di un nuovo focolaio.

In tali forme la morte per cachessia e tossiinfezione progressiva o per una *poussée* di particolare gravità può chiudere il quadro; solo con estrema circospezione si potrà affermare la guarigione data la possibilità già accennata di lunghi periodi di silenzio.

Esistono poi delle forme subacute ad episodio unico, con remissioni di esacerbazioni, in cui l'esame clinico e radioscopico dimostrano la persistenza della lesione polmonare.

Accanto a queste forme di gangrena polmonare vera si trova la gangrenizzazione secondaria di cavità parenchimatose o bronchiali preformate. È nota la frequenza di processi acuti da infezione anaerobia, che si innestano nella storia delle bronchiectasie, e a ragione si separano dalla gangrena polmonare le bronchiti fetide e la gangrena delle estremità bronchiali (gangrena di Briquet, gangrena curabile di Lasègue) che colpisce la parete bronchiale, ma resta superficiale e benigna. I classici aggiungono: la gangrena polmonare vera, di rado complica la dilatazione bronchiale. Ciò è forse vero per la gangrena tipo Bucquoy, non per la forma subacuta ora descritta. In questi ammalati un autentico processo di broncopolmonite gangrenosa rilevabile con l'esame clinico e radioscopico può evolvere a contatto o a distanza della bronchiectasia.

La gangrena inoltre può complicare l'evoluzione di un infarto polmonare, di una cisti d'echinococco, di un ascesso del polmone, come pure la sifilide e specialmente la tubercolosi cavitaria.

A titolo di ricordo, si menziona il caso in cui la gangrena appare come complicanza di una ferita del torace, di un ascesso da corpo estraneo, di un'affezione mediastinica e la speciale gravità che assume nei diabetici.

Generalmente la diagnosi non è difficile: l'attenzione deve essere attirata dal contrasto tra i segni funzionali e generali intensissimi e i segni fisici discreti prima di qualunque espettorazione. Quando esistono alito ed espettorato fetidi nessun dubbio può esistere sulla esistenza di un processo gangrenoso bronco-polmonare, allorchè un esame della bocca e del rino-faringe ha fatto escludere l'ozena, le riniti fetide, le stomatiti ulcero-membranose, il noma, certe carie dentarie.

Più difficile è sapere se il processo putrido è opera di una gangrena polmonare vera, o di una infezione anaerobia innestata su una dilata-

zione dei bronchi (bronchite fetida) o di una gangrenizzazione di una cavità polmonare (tbc, ascesso) o pleurica (pleurite interlobare). In tali casi la diagnosi è facilitata dalla evoluzione giacchè si ritrovano i due stadi: 1) suppurazione banale; 2) infezione gangrenosa della cavità suppurante.

Solo la radioscopia e la radiografia permettono di localizzare con precisione la sede e l'estensione di un processo gangrenoso, di apprezzarne la profondità, il volume, farne sospettare l'eventuale comunicazione coi bronchi. È anche facile concepire le deduzioni d'ordine pratico che da questi dati derivano: la forma pleurica comanda la toracotomia d'urgenza, la forma massiva, potrà essere direttamente attaccata col *lardage* o con la toracotomia in uno o due tempi, in presenza di una forma unilaterale potrà essere messo in discussione il pneumotorace, se si tratta della gangrenizzazione di una dilatazione bronchiale o di una cavità polmonare largamente aperta nei bronchi si potrà pensare al trattamento con iniezioni intrabronchiali.

Ma dopochè sono stati preconizzati e una chimioterapia attiva ed una sieroterapia antigangrenosa, la diagnosi topografica non è più sufficiente. Ad essa deve essere associato costantemente uno sforzo di identificazione batteriologica mediante esami diretti e culture. Di regola si trovano formule batteriologiche complesse ed in linea generale sarà bene associare la chimioterapia e la sieroterapia; tuttavia, anche dal punto di vista prognostico è estremamente importante distinguere:

delle forme in cui il semplice esame dei preparati rivela l'associazione fuso-spirillare, le quali vengono beneficate dalla arseno-terapia;

delle forme a ricca flora anaerobia (B. ramosus, B. del tipo perfrigens, B. fundiformis, B. foetidus, B. sporogenes) per le quali è specialmente indicata la sieroterapia;

forme senza anaerobi o con aerobi, nelle quali sarà consigliabile la vaccino-terapia.

Finalmente solo la batteriologia potrà permettere, di fronte ad una caverna gangrenata, di scoprire l'etiologia iniziale tubercolare, micotica, idatidea, ecc.

È da augurare, quindi, che in tutti i casi di gangrena polmonare sia oggi precisata la duplice diagnosi anatomica e batteriologica senza di che una gangrena non può essere utilmente trattata. Ogni giorno di più appare manifesto che sotto il nome di gangrena polmonare si inglobano casi disparatissimi, ciascuno dei quali richiede un adattamento terapeutico speciale.

A. PALLADINI.

Sulle emorragie polmonari nella tubercolosi.

(ARTUR WALDER. *Mediz. Klinik*, n. 14 (1060).

In un'emottisi da tubercolosi si ha sempre da fare con un'emorragia per modificazione o distruzione, causata dalla malattia stessa, di un campo vasale o di un vaso, vene, arterie o capillari, raramente di vene od arterie bronchiali.

Ogni parte del polmone può esser sede della emorragia, specialmente la zona superiore o media, all'opposto di quelle bronchiali, che provengono in massima dalla inferiore.

Nelle emorragie della zona superiore il sangue, invadendo le parti circostanti ed eventualmente una caverna, cola in giù, raggiunge i rami bronchiali più grossi ed eccitando, come corpo estraneo, i riflessi della tosse, vien fuori attraverso le vie aeree superiori. Nelle emorragie inferiori il sangue, versandosi negli spazii circostanti, sale lentamente per raggiungere dopo un tempo piuttosto lungo il punto dei riflessi della tosse, raccogliendosi spesso in gran quantità. Il momento in cui si manifesta un'emorragia non coincide spesso con la rottura del vaso e la differenza può esser notevole; non molto tempo fa io constatai un intervallo di parecchie ore.

Se l'emorragia è assai limitata può anche passare inosservata ed il riassorbimento può avvenire allo stesso modo come si verifica in genere dei minimi infarti polmonari.

L'imponenza dell'emorragia stessa dipende da diversi fattori, che è necessario conoscere per la terapia. Essa dipende, come tutte le altre emorragie, dal lume del vaso o dei vasi sanguinanti, dalla specie del vaso (arterie, vene o capillari), dalla pressione e velocità della corrente sanguigna, dal potere di coagulazione, dalla ampiezza di movimento ed energia del polmone e, ciò che non deve esser trascurato, dalla giacitura del vaso.

I vasi, che per alterazione della loro parete o per modificazioni delle pareti circostanti, hanno perduto la loro elasticità, restano più lungamente beanti, ritardando così la formazione del trombo; ecco perchè sono più pericolose e letali le emorragie dei vasi delle pareti delle caverne o dei rami che le traversano, i quali, rimanendo nella rottura rigidamente aperti, possono rendere impossibile la cessazione dell'emorragia. Questo pericolo minaccia quei tisici, per i quali lo stato cirrotico suole autorizzare una prognosi più benigna ed è allora che in certe circostanze si determinano mortali emorragie.

L'emorragia si arresta per la formazione del trombo, dalla cui resistenza ed ulteriore trasfor-

mazione dipende la possibilità o meno che l'emorragia si ripeta sul posto. La trombosi è data dal coagulo, che si forma fuori del vaso nell'ambito polmonare e, se il potere di coagulazione del sangue è attivo, si formano presto anche nei bronchi e nelle caverne dei solidi coaguli, che, se invadono i più grossi rami bronchiali, in individui di debole forza di espettorazione, possono condurre a grave e minacciosa cianosi ed asfissia.

Cessata l'emorragia, l'organismo ha il bisogno di liberarsi del sangue versato nel polmone e non espettorato. Nelle piccole emorragie è sufficiente l'espettorazione dei coaguli, che si verifica in poche ore o in pochi giorni; in quelle più abbondanti si hanno altri processi di eliminazione; una parte del sangue viene riassorbito ed una parte provoca dei fenomeni infiammatorii, come nella forma di bronco-pneumonite da corpi estranei, i cui prodotti vengono a loro volta in parte riassorbiti ed in parte espettorati.

Non tenendo conto di alcune eccezioni, morte istantanea o causata dal ripetersi delle emorragie a brevi intervalli, un'emorragia in sè e per sè non è pericolosa; il pericolo sta piuttosto nelle conseguenze dovute alla quantità di sangue versato nel polmone, perchè non si ha qui da fare con polmoni sani, nei quali senza alcun processo infiammatorio il sangue versato, anche copiosamente, viene riassorbito con la formazione di limitate atelectasie, ma invece con polmoni, che contengono un ricco materiale d'infezione e con individui che per disturbi sierologici non godono più dell'equilibrio dell'immunità biologica. Così può esser grande la probabilità che il materiale infetto invada parti ancora sane del polmone, servendo di veicolo il sangue stesso; le bronco-pneumoniti consecutive creano un *locum minoris resistentiae*, preparando terreno atto alla diffusione del processo tubercolare.

Osserviamo quindi spesso, ciò che chiaramente dimostra la röntgenologia, che dopo un'emorragia polmonare apparentemente bene riparata subentrano nuove infezioni tubercolari, come infezioni miste, che dolorosamente decidono della sorte dell'ammalato. Dobbiamo inoltre ammettere che il sangue, riassorbito dai polmoni più o meno alterato, non può non avere influenza sull'equilibrio sierologico. È così che possiamo spiegarci come vecchi focolai, dopo un'emorragia, si sono messi in attività.

Finora abbiamo considerato l'emorragia da un solo punto di vista; vediamo ora se ci è possibile trovarvi qualche lato buono. Non tengo conto del fatto che solo in piccola parte la malattia provoca l'emorragia, che in prossimità dei focolai i vasi sono in gran parte trombotici od addirittura obliterati, che il siero del sangue riassorbito provoca una reazione generale febbrile, elevando il potere coagulante del sangue, che la pressione sanguigna nella tubercolosi polmonare suole essere per lo più normale od al disotto della normale, ma rivolgo la mia attenzione all'emorragia iniziale, che è il segno di allarme, spesso precoce, e che ha permesso a parecchi ammalati di potere a tempo evitare l'insorgere di un processo tubercolare. Ricordo anche i casi frequenti in cui gli ammalati attribuivano una loro miglioria all'emorragia: sono questi i casi in cui l'eccitamento provocato dal riassorbimento del sangue ha potuto spontaneamente ristabilire il turbato equilibrio immuno-biologico.

Avviene spesso che, chiamati d'urgenza presso un ammalato, e per la prima volta, si constata che il sangue vien fuori dalla bocca e dal naso. È necessario prima di ogni cosa stabilire il punto di origine dell'emorragia. Se la cosa sembra facile teoricamente, spesso nella pratica può riuscir difficile. A parte le emorragie traumatiche, dobbiamo pensare in prima linea a quella del naso, dei polmoni, dello stomaco, dei bronchi, della trachea, della faringe, di un aneurisma aortico, alquanto più rare.

Il sangue proveniente dallo stomaco non è sempre oscuro con coaguli nerastri, perchè, se l'emorragia è abbondante, esso può esser perfettamente chiaro, come un polmonitico può da principio emettere sangue grumoso, coagulato. Non potendo dallo aspetto del sangue avere un criterio sicuro sull'origine dell'emorragia, potremo avvalerci dei sintomi concomitanti: conati di vomito e tosse. Si tenga presente che nelle copiose emorragie dello stomaco, il sangue aspirato può essere uno stimolo della tosse, come nelle emorragie polmonari il sangue ingerito può essere emesso con il vomito.

Gli ammalati accennano talora ad un punto della parete toracica ove avvertono senso di calore, di strappamento o di pressione; una delicata e cauta ascoltazione può dare una certa sicurezza sulla sede dell'emorragia. Stabilita la diagnosi di emorragia polmonare, si presenta il quesito sulla malattia, che l'ha provocata. Si può esser sicuri di non commettere errore pensando subito alla tubercolosi o ad una emorragia bronchiectasica: sono più rare le emorragie da stasi, gl'infarti, la cangrena, gli ascessi, i tumori, lo echinococco.

È solo in parte che noi possiamo terapeuticamente dominare una emorragia polmonare. Nella pratica si avranno di mira la pressione e la velocità sanguigna, il potere coagulante e poi l'am-

piezza e la energia di movimento del polmone; la cura dovrà seguire queste direttive.

Se si considera che l'emorragia primitiva, specie se abbondante, rappresenta per l'ammalato uno stato di eccitamento e di commozione, che si comunica anche ai presenti e che quasi sempre aumenta la respirazione e talora anche la pressione e la velocità sanguigna, la loro presenza deve valere a calmare lo stato dell'ammalato, a procurare un'atmosfera di tranquillità, che agirà favorevolmente anche sull'emorragia. Tale azione si agevolerà anche con l'applicazione della vescica di ghiaccio, che ha pure una certa azione suggestiva. La posizione seduta agirà sulla pressione sanguigna e sull'espettorazione, renderà più facile la circolazione per l'abbassamento del diaframma e per la posizione verticale del cuore. Per diminuire lo eccitamento alla tosse e per evitare lo scuotimento, che impedisce la formazione del trombo, ricorreremo ai narcotici, ai derivati della morfina (codeina, dionina) evitando le dosi elevate e la morfina stessa, onde eliminare il pericolo del grande accumulo di sangue nei polmoni, causa di quei processi tardivi tanto sfavorevoli per la prognosi, ai quali ho già prima accennato come l'unico pericolo grave delle emorragie polmonari.

Nell'emorragia da stasi o per debolezza cardiaca o vasale potranno avvalersi dei cardiaci (iniezioni ipodermiche di caffeina od endovenosa di preparati digitalici), utili anche per migliorare la circolazione, senza pericolo di facilitare l'emorragia, perchè la pressione è già molto diminuita per la gran perdita del sangue stesso. È anche nostro compito regolare la funzione gastrointestinale con l'opportuna dieta. La loro attenzione sarà poi rivolta ad aumentare il potere coagulante, a provocare la sollecita formazione di una solida trombosi, la sola speranza della cessazione dell'emorragia.

Fin dagli antichi tempi ha grande importanza il sale da cucina, la cui soluzione ipertonica nell'intestino, sottrae acqua al sangue, il quale a sua volta lo sottrae alla riserva d'acqua dei tessuti; l'infermo si astenga naturalmente dal bere. Usiamo allo stesso modo il calcium chloratum pur. crist. Merck o quello di Helfenberger per via endovenosa, coadiuvato dalla somministrazione del sale di cucina e del bromuro di potassio. Ricordiamo poi fra i rimedi che favoriscono la coagulazione il coagulen.

Poco o niente usiamo le iniezioni di gelatina come quelle di siero.

Ed è così esaurito il trattamento terapeutico ordinario, perchè da tutti gli stiptici che si raccomandano nulla ci è da aspettarsi. Un'eventuale azione sulla circolazione si potrebbe avere dall'adrenalina.

Nelle profuse emorragie od in quelle che si ripetono pensino senz'altro alla possibilità di agire direttamente con un pneumotorace artificiale, metodo che in certi casi arresta sicuramente l'emorragia; ricordino però che non è sempre facile praticare un pneumotorace in un emorragico pulmunare.

Non è sempre agevole per determinare il punto preciso del focolaio emorragico servirsi della radiografia per varie circostanze e perchè è resa difficile dall'ammalato stesso.

Se ora ci domandiamo: è possibile prevenire un'emorragia? io credo di poter rispondere affermativamente. Non si può certo influire sulla distruzione di un vaso, ma con speciali precauzioni si può renderlo resistente per un certo tempo, finchè nuovi processi di riparazione intorno alle pareti vasali od in queste potranno eliminare il pericolo: occorre quindi evitare l'eccessivo riscaldamento, tenere in riposo le donne nel periodo mestruale, proibire la ginnastica respiratoria.

Sapendo che certe condizioni climatiche e meteorologiche favoriscono le emorragie, è necessario eliminarle. Secondo le mie esperienze non è la diminuzione della pressione atmosferica, ma lo stato di *umidità* che rende frequenti le emorragie, onde la necessità di mantenere una temperatura costantemente secca nella stanza dell'ammalato.

Considerando in fine tutte le risorse terapeutiche, che ho accennate, i medicamenti a nostra disposizione, io credo che in moltissimi casi di emorragie non sia dimostrato il detto: *post hoc ergo propter hoc.*

Anche in questo campo terapeutico della tubercolosi possiamo parlare solo per una personale nostra impressione: e ciò può spiegarsi pensando che, senza tener conto di un intervento chirurgico, noi non abbiamo alcuna possibilità di agire sulla rottura di un vaso o sulle sue modalità. Ciò non deve indurci *quoad medicamenta* a rimanere assolutamente inerti, perchè l'infermo è sempre grato qualunque sia l'aiuto che gli si presti nelle penose sue condizioni, ed anche se questo *aliquid fiat* debba consistere solamente nel dargli la calma completa, si sarà già fatto quanto ci è di più essenziale.

DE CHIARA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

MOHR L. und STAEHELIN R. *Handbuch der Inneren Medizin.* Zweite Auflage, I Band, I Teil. Springer, Berlin, 1925. Gdmk. 45.

Nella prefazione che annuncia questa nuova edizione del Trattato del Mohr e Staehelin è detto che essa compare più tardi di quanto avessero gli Autori sperato, e ciò per potere più completamente portare quelle modificazioni e quelle aggiunte che si erano rese necessarie per le nuove vedute e le nuove acquisizioni raggiunte in questi ultimi anni su alcune malattie. E veramente da quanto accennano nella loro prefazione Bergmann (succeduto a Mohr) e Staehelin, questa nuova edizione si annuncia non solo ampliata ma certamente resa più completa sì da costituire quel Trattato di medicina interna che più d'ogni altro raccolga sotto la luce delle più moderne indagini, e della più rigorosa critica, quanto si conosce oggi nella patologia umana.

È finora comparsa soltanto la prima parte del primo volume dedicato alle malattie infettive e compilato con la collaborazione dei più autorevoli studiosi. In essa sono svolte: la malattia da siero, gli esantemi acuti (morbillo, scarlattina, ecc.), l'influenza, la febbre erpetica, la tosse convulsa, la parotite epidemica, la difterite, il tetano, la meningite cerebro-spinale epidemica, la poliomielite acuta, l'encefalite epidemica ed il singhiozzo epidemico, il colera, la dissenteria, il tifo esantematico, il morbo di Weil, la febbre Wolhynica o febbre dei 5 giorni.

Non può a questa seconda edizione mancare quel largo favore che già incontrò la prima da parte degli studiosi tutti.

L. T.

MENSE CARL. *Handbuch der Tropenkrankheiten* (Dritte Auflage, II Band). Barth, Leipzig, 1924. G.mk. 66.

Questo secondo volume dell'opera del Mense raccoglie la trattazione completa di alcune malattie che se sono endemiche nelle regioni tropicali, hanno però fatto frequentemente la loro comparsa anche in altre regioni, mentre per qualcheduna di esse si può dire anche che più non può sussistere una netta delimitazione di malattia tropicale, essendo essa endemica in molte altre regioni. Oltre queste forme morbose che hanno tutte una particolareggiata ed ampia trattazione nulla trascurando di quanto è acquisizione delle più recenti investigazioni, trovano in questo volume particolare trattazione le malattie della pelle proprie delle regioni tropicali, e le intossicazioni che più frequentemente si riscontrano in dette regioni, distinguendo quelle dovute a veleni di origine vegetale, da quelle dovute a veleni di origine animale.

Come nel primo volume, ogni capitolo è stato affidato all'Autore che già aveva dimostrato una speciale competenza sullo stesso argomento, sì che in esso viene particolarmente recato, oltre il compendio di quanto è stato osservato nello studio completo di ogni forma morbosa attraverso l'evoluzione della medicina, anche il frutto dell'osservazione ed esperienza personali.

Riassumendo quanto in questo volume è svolto, basta ricordare i capitoli dedicati alla lebbra, alla febbre di Malta, al colera, alle psittacosi, alla peste, alla malattia di Tsutsugamushi (o da puntura di acari), alla Spru (o afta tropicale), al beri-beri; oltre quelli già sopra accennati relativi alle malattie cutanee, ed alle intossicazioni proprie delle regioni tropicali.

E. T.

L. ROGERS and E. MUIR. *Leprosy.* Bristol, J. Whright and Sons, Londra. Simpkin and C., pp. VI-301, 1924.

Edito con notevole eleganza di tipi, questo volume sulla lepra si divide in sei parti o sezioni. La prima tratta della storia di questa malattia dai tempi antichi ai nostri giorni e della sua distribuzione geografica (con un brevissimo accenno all'Italia ed alla statistica dei lebbrosi nel suo territorio fino al 1904).

L'epidemiologia e la trasmissibilità della lepra sono gli argomenti della seconda parte, mentre nella terza è studiata la questione della profilassi e nella quarta l'etiologia (descrizione e localizzazioni del bacillo di Hansen, immunità, ecc.). Alla parte clinica, diagnosi e prognosi, è dedicata la sezione quinta, mentre la sesta ed ultima è riserbata alla cura con uno speciale capitolo sull'*olio di chaulmoogra* (di cui tanto si parla oggi nella stampa politica come di una grande novità), *hidrocarpo*, ecc.

In appendice sono riportati la legge contro la lebbra in India con gli emendamenti del 1920 e il testo ufficiale delle decisioni prese nella conferenza internazionale di Strasburgo sulla lebbra (1923).

Discrete illustrazioni in nero ed un indice alfabetico completano il volume, il quale veramente non dice gran che di nuovo e, specialmente per quel che riguarda le localizzazioni negli organi interni e l'anatomia patologica, è anche troppo riassuntivo.

Ad ogni modo esso si raccomanda per la trattazione ordinata, atta a dare una idea, a chi non si sia dedicato di proposito a questi studi, abbastanza completa sulla terribile infezione la quale da qualche tempo in qua si riaffaccia in Europa con una imponenza che, se non è paragonabile alle grandi endemie del Medio-Evo, ha però richiamato l'attenzione dei governanti ed ha indotto a speciali misure profilattiche i varii Stati, fra cui l'Italia ove, proprio in questi ultimi mesi, il Ministero

dell'Interno ha elaborato nuovi provvedimenti legislativi da presentarsi all'approvazione del Parlamento.

Rileviamo infine come nel volume in esame non sia stato del tutto dimenticato, almeno per una parte, il contributo degli autori italiani agli studi sulla lebbra, e le ricerche di Bordoni-Uffreduzzi, Campana, Ducrey, Gianturco e Serra sul bacillo di Hansen sono, benchè molto sommariamente, messe nella loro giusta evidenza.

V. MONTESANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di medicina di Torino.

Seduta del 12 dicembre 1924.

Presidenza: G. VICARELLI, presidente.

Significato e importanza della reazione di Schick nell'immunizzazione attiva della difterite.

MENSI e SEGAGNI. — In 19 bambini con reazione di Schick positiva, osservarono che la stessa reazione praticata dopo iniezione di sieri diversi specifici o aspecifici era negativa 14 volte. Su 13 bambini con reazione di Schick positiva ottennero 11 volte la reazione negativa dopo 8-16 giorni. Per questo fatto gli OO. ritengono che sia possibile la trasformazione della reazione di Schick da positiva in negativa, e interpretano il fenomeno quando si verifica in seguito ad iniezione di sieri specifici o aspecifici come dovuto al fatto che la sensibilizzazione specifica ottenuta sia da riferirsi alla immunità istogena provocata dalla prima diftero-tossino-reazione, che può essere rivelata da uno stimolo specifico o aspecifico.

La prova farmaco-dinamica-ipodermica e sottoepidermica dell'adrenalina nella clinica infantile.

MENSI ritiene colle sue numerose esperienze di potere dimostrare:

1) che nell'infanzia prevale la iposimpaticotonia;

2) che la reazione dell'adrenalina insorge ed evolve con lentezza, ma talora anche con rapidità per esaurirsi per lisi;

3) che la durata media della reazione oscilla fra i 40 minuti;

4) che l'iniezione di adrenalina provoca iperglicemia associata o no ad aumento della pressione del sangue;

5) che mentre l'iniezione ipodermica di adrenalina rivela l'iposimpaticotonia, quella sottoepidermica invece rivela una maggiore eccitabilità del simpatico cutaneo;

6) che l'intradermoreazione adrenalinica praticata dopo una iniezione di adrenalina esige per manifestarsi una maggiore concentrazione.

Sulla fotoreazione premiotica delle pupille in condizioni normali e patologiche.

NEGRO. — Fin dal 1910 ha dimostrato che facendo cadere sulla cornea un fascio di luce viva, prima della nota reazione miotica si ha un breve periodo di midriasi.

L'O. interpreta il fenomeno come dovuto alla inibizione istantanea che il fascio di luce esercita sull'apparato nervoso irido-costrittore, per cui prevale per un tempuscolo l'azione tonica fisiologica dell'apparato nervoso irido-dilatatore.

Tale interpretazione è convalidata dal fatto che l'atropina istillata nel sacco congiuntivale paralizzando l'apparato irido-costrittore sopprime la prima fase di dilatazione come pure la miosi; che l'adrenalina che aumenta la tonicità dell'apparato irido-dilatatore intensifica la dilatazione che precede la miosi.

L'O. ritiene che il grado di intensità con cui si presenta tale fenomeno possa costituire un indice di uno stato di maggiore o minore eccitabilità del sistema irido-dilatatore (simpatico) e quindi quando esso sia esaltato possa essere un segno di simpaticotonia.

Seduta del 16 gennaio 1925.

Presidenza: G. VICARELLI, presidente.

Sul valore oncogenetico del trauma.

BOBBIO riporta i dati statistici ricavati da 635 casi di carcinoma e 127 di sarcoma dai quali risulta che per i sarcomi 6, al massimo 8 casi potevano ritenersi essere stati favoriti dal trauma, per i carcinomi 11 e cioè una percentuale dell'1,7 %.

Sulla presunta azione della catalasi nei processi ossidativi.

RABBENO colle sue esperienze dimostra che non esistono modificazioni qualitative o quantitative del ricambio respiratorio dei muscoli riferibili all'azione della catalasi. Le variazioni nel contenuto in catalasi dei tessuti non possono essere considerate quali un indice delle modificazioni del loro metabolismo e quale si possa essere la funzione della catalasi nell'organismo non è ad essa attribuibile alcuna diretta partecipazione ai processi ossidativi, almeno nei riguardi dei muscoli.

PIETRO SISTO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA.

La malattia di Albers-Schönberg.

Se ne occupano I. Kraus e A. Walter (*Méd. klinik*, n. 1, 1925). La malattia consiste in una affezione sistematica dello scheletro, probabilmente congenita. L'affezione determina facili fratture, l'esame radiologico dimostra le ossa dense e compatte, come marmorizzate e prive di cavità midollare. I pazienti presentano epato e splenomegalia, ingrossamento delle glandole linfatiche, anemia, talvolta idrocefalo. La sella turcica è ristretta, spesso i malati presentano disturbi visivi fino alla cecità completa in rapporto con una papilla da stasi o un'atrofia del nervo ottico. L'autore ha osservato un caso di tale malattia in una bambina di tre anni, anche in questo caso l'affezione si poteva far risalire fino alla nascita essendosi manifestata al terzo giorno di vita una frattura del femore destro. Si sviluppò poi cecità completa. L'addome aumentò di volume per la presenza di un tumore di milza notevole e duro (350 gr.). L'autopsia dimostrò una sclerosi notevole del sistema osseo, con calcificazione completa delle cavità midollari, estese emorragie sottoperiostee, emorragie della dura, ispessimento della dura aderente alle ossa craniche; ispessimento delle meningi molli, idrocefalo cronico, stenosi dei canali ottici ed atrofia dei nervi ottici, edema cerebrale. Etiologicamente si poteva escludere la lues che del resto nella sua forma congenita non determina processi di iperostosi. Non si può nemmeno attribuire l'iperostosi ad un insufficiente riassorbimento di sostanza ossea perchè l'esame istologico delle ossa dimostrò la presenza di abbondanti osteoclasti. L'iperostosi si deve quindi attribuire ad una esagerata formazione di sostanza ossea determinata più che da iperattività osteoblastica, da metaplasia del midollo fibroso. La causa prima di queste anomalie consisterebbe in una falsa differenziazione del midollo osseo primario per cui anzichè midollo linfoide verrebbe prodotto prevalentemente tessuto connettivo che poi secondariamente per metaplasia si trasformerebbe in tessuto osseo. POLL.

Diagnosi delle affezioni sifilitiche tardive croniche delle articolazioni.

H. Schlesinger (*Wiener klin. Wochenschr.*, n. 6, 1925), rileva che l'artrolues tardiva è una malattia piuttosto frequente ma spesso non diagnosticata. Spesso gli individui colpiti da queste affezioni articolari non presentano alcun altro segno di sifilide; perciò la malattia viene attribuita ad altra etiologia. L'anamnesi non è concludente in molti casi perchè individui sifilitici possono presentare affezioni articolari di altra natura; spesso poi l'anamnesi non rivela nulla anche in casi di sifilide. Le affezioni articolari sono di solito manifestazioni tardive che compaiono quando le spirochete sono quasi del tutto scomparse dall'organismo e persistono soltanto in alcuni focolai articolari ed ossei. Perciò la reazione di Wassermann riesce spesso negativa nel siero di sangue. Riesce invece molte volte positiva nel liquido articolare. Questo fatto come pure una deviazione del complemento più intensa col liquido articolare che non col siero di sangue sono indici importanti di affezione articolare sifilitica. Importante per la diagnosi sono le localizzazioni. Molto spesso sono tumefatte e dolenti le articolazioni sternoclavicolari, spesso le articolazioni mascellari e vertebrali. Sono pure caratteristiche le lesioni articolari simmetriche. I dolori sono intensi, essi si esacerbano di notte.

La funzione articolare è poco disturbata, sono costanti punti dolorosi circoscritti in corrispondenza delle articolazioni ammalate.

Nelle affezioni del ginocchio i punti dolorosi sono localizzati sotto gli epicondili al livello della fessura articolare; nelle affezioni della spalla alla periferia posteriore dell'articolazione. Le affezioni articolari luetiche resistono alla cura salicilica. L'assenza di reazione a focolaio dopo iniezione di tubercolina esclude l'artrite tubercolare. L'assenza di reazione a focolaio dopo iniezione di vaccino gonococcico, l'anamnesi, l'esame del secreto uretrale escludono l'artrite blenorragica.

Frizioni di pomata mercuriale fanno cessare i dolori locali oppure determinano una esacerbazione degli stessi: reazione a focolaio.

Iniezioni di salvarsan o di bismuto determinano nella maggior parte dei casi reazioni generali e locali; queste reazioni locali e farmacologiche sono uno dei segni più costanti e più importanti dell'artrolues tardiva. La cura specifica si inizia con iodio e mercurio per evitare le gravi reazioni da salvarsan e da bismuto. In seguito a tale cura cessano i dolori, più tardi migliora la funzionalità. La cura specifica si deve proseguire fino a che non sono del tutto scomparsi i punti articolari dolenti alla pressione.

POLL.

L'epifisite vertebrale da crescenza.

Fino a qualche tempo fa, si faceva diagnosi di morbo di Pott in tutte le colonne vertebrali dolenti e con sintomi di contrattura. Poco a poco, specialmente con l'introduzione delle radio-

grafie di profilo, si poterono differenziare dal morbo di Pott le malformazioni vertebrali, tanto frequenti nei bambini, le sequele di traumatismi vertebrali frequenti invece nell'adulto, le spondiliti infettive, il reumatismo vertebrale cronico, a cui vanno ascritte anche le lombartrie.

Fra le differenti lesioni che prima si ascrivevano al morbo di Pott, si deve rammentare l'epifisite da crescenza. È noto che in corrispondenza della cartilagine che unisce un punto osseo complementare alla regione dia-epifisaria accade il complesso lavorio di ossificazione, accompagnato da una abbondante vascolarizzazione per cui rimane più facile la fissazione microbica. Sono state isolate le apofisiti della tibia, del calcagno, della base del 5° metatarso, dello scafoide. A queste si devono aggiungere le reazioni che si osservano in corrispondenza delle epifisi vertebrali, di cui tratta A. Delahaye (*Journal de médecine de Paris*, 21 marzo 1925).

In queste epifisiti vertebrali da crescenza, che si manifestano, di solito, in ragazzi di 10-11 anni, si hanno dei dolori che vengono poco a poco, talora preceduti da una lieve ascensione termica. Tali dolori sono spontanei ed il ragazzo li accusa dopo una giornata di giuoco o di esercizi violenti; non è facile metterli in evidenza, ma la pressione forte delle apofisi spinose, le manovre di schiacciamento della colonna risvegliano un dolore dello stesso ordine. Contemporaneamente, si ha, per reazione antalgica, un certo grado di contrattura, ma la colonna vertebrale non rassomiglia per nulla a quella « saldata » di un pottico.

È raro trovare negli antecedenti un processo infettivo recente. La radiografia mostra la comparsa di punti epifisarii complementari dei corpi vertebrali, ma le immagini, ancor troppo chiare, non permettono sempre di riscontrare delle anomalie. L'età, il carattere fugace dei dolori, la poca intensità della contrattura saranno i principali sintomi differenziali dal morbo di Pott.

fl.

Disturbi piramidali ed artrite vertebrale cronica.

In otto malati Barré (*La médicine*, 1924) con debolezza, rigidità degli arti, con riflessi tendinei vivi, con debolezza dei riflessi cutanei spesso con Babinski bilaterale, ma senza disturbi degli sfinteri, si è posto il quesito se si trattasse o meno di forme anomale di morbo di Pott, di meningo mieliti infettive, di sifilidi meningo midollari, di forme fruste di sclerosi multiple. In un caso la attenzione dell'A. fu rivolta ad una artrite cervicale, deformante, tipica e da altre simili lesioni nella stessa colonna vertebrale. È certo che le lesioni ossee possono provocare delle lesioni midollari senza comprimere direttamente l'asse nervoso: ciò è stato constatato in paraplegie da Pott e cancerose; si spiega un tal fatto ammettendo l'intermediarietà di lesioni meningee o di compressioni vascolari, ora è probabile che anche in casi di lesioni a tipo di artrite vertebrale cronica si possono avere deformazioni dei canali dei forami di coniugazione, con compressione delle radici, disturbi circolatori onde possibile ischemia e disturbi piramidali.

M.

TERAPIA.

Il trattamento delle setticemie.

C. Fiessinger (*Journal des praticiens*, 23 dicembre 1924) consiglia nelle setticemie una ipoalimentazione con latte, pappe, *purées*, frutta cotta; nella setticemia tifoidica, però, è assolutamente contrario ad ogni alimentazione e consiglia di non dare che dell'acqua (in quantità non eccedente i 2-3 litri) tutt'al più con dello zucchero. Importanti sono le cure igieniche della bocca e della cute per evitare infezioni secondarie.

Come trattamento antipiretico, l'A. consiglia, quando la temperatura oltrepassa 39°, un bagno a 35° ogni tre ore; nella tifoide il bagno si fa a 30°, 28°, 25°, per 10-15 minuti; nella impossibilità di fare il bagno, si faranno impacchi umidi o lozioni fresche.

Nel caso di accidenti cardiaci, vescica di ghiaccio sul cuore, sospensione dei bagni, olio canforato (1 cmc.), sparteina (2 cg.), adrenalina (X gocce della soluzione a 1/1000) da 1 a 4 volte nella giornata. Nei forti dolori, iniezioni di morfina a 1/3 di cg. In caso di suppurazioni urinarie, urotropina.

Sono raccomandate le trasfusioni di sangue per via sottocutanea: 18 cmc. di sangue in una siringa con 2 cmc. di citrato di sodio a 10 %. Gli ascessi di fissazione hanno notevole valore pronostico, in quanto che, se il malato non reagisce, la prognosi è grave. Si applicano soprattutto nelle setticemie che si trascinano a lungo, con 1-2 cmc. di essenza di trementina alla coscia (faccia esterna).

I metalli colloidali hanno azione illusoria; la proteinoterapia per via endovenosa è assai pericolosa; per via sottocutanea (iniezioni di latte) talvolta riesce.

La chemioterapia non vanta grandi successi. Gli arsenobenzoli non hanno dato risultati che nella setticemia carbonchiosa. I derivati della chinina (optochina) consigliati nella polmonite, danno accidenti gravi per l'occhio e l'orecchio; sono stati consigliati nella meningite per via endorachidea, ma si attende ancora la conferma dei risultati. Anche per il blu di metilene e per la tripaflavina si impongono delle riserve.

Trattamenti specifici. — *Streptococco:* Inutili i sieri, salvo forse in qualche caso di artrite o di meningite: l'A. ritiene che siano inutili anche i vaccini. *Stafilococco:* I vaccini sono utili nelle infezioni foruncolari ed in quelle croniche, mentre non hanno azione nelle forme acute; incerta è l'azione dei sali di stagno. *Pneumococco:* Il siero per via endomuscolare (40-80 cmc.) affretterebbe la defervescenza e renderebbe l'infezione meno grave; per iniezioni locali rende servigi nella pleurite purulenta e delle artriti suppurate. *Bacterium coli:* Oltre all'urotropina, l'A. afferma che sono stati ottenuti buoni risultati con i vaccini nelle cistiti e pieliti. *Gonococco.* È raccomandato il siero per via endovenosa ed endomuscolare; nelle artriti purulente, puntura dell'articolazione ed iniezione locale del siero (20-40 cmc. nel ginocchio, 10-20 nella spalla, 2-5 al collo del piede); medicazione compressiva; ripetere ogni 2-3 giorni. Sono consigliate anche le iniezioni endomuscolari di latte. *Meningococco.* Siero polivalente per via endomuscolare; nei casi gravi per via endovenosa, inoculandolo con grande lentezza (5 minuti per 30-40 cmc.). Efficace è la sieroterapia endorachidea. Iniezioni locali nei casi di artrite e di complicazioni oculari. L'autovaccinoterapia vanta dei successi. In complesso, dunque: all'inizio, sieroterapia, seguita dalla vaccinoterapia se la malattia continua e, se si trascina ancora a lungo, iniezioni endomuscolari di latte od ascesso di fissazione. *Gangrena gazosa:* La parte più importante della terapia è data dall'intervento chirurgico a cui può seguire la sieroterapia ad alte dosi (40 cmc. per il perfringens, 20 cmc. per ciascuno degli altri microbi usati, cioè vibrione settico, dell'edema gazoso, istolitico).

fil.

La cura del carbonchio dal punto di vista di un pratico.

Bryntschak (*Wiener klinische Woch.*, 1925, n. 9) per consiglio di Albert ha trattato 30 casi di carbonchio col metodo della escissione della lesione cutanea. Di questi casi alcuni erano all'inizio, altri persino in ottava giornata, tutti decorsero soddisfacentemente senza complicazioni. La tecnica usata e consigliata è la seguente: la zona circostante alla pustola carbonchiosa viene resa ischemica e anestesica mediante iniezioni di una soluzione adreno-novocainica; quindi si incide seguendo i margini della lesione, normalmente al piano della cute, per una profondità di un cm. od anche per una profondità maggiore. Afferrato quindi il carbonchio con una pinza lo si escide rapidamente col bisturi. Se nel piccolo cratere sono visibili zone di tessuto necrotico, queste vengono asportate col cucchiaio, e quindi si regolarizza la cute al disopra di esse. Si zaffa con garza sterile o meglio, con garza vioformica, e si rimuove il tampone in terza o quarta giornata; si rinnova ogni tre giorni.

Con tale metodo l'A. afferma di aver guarito carbonchi gravi ed estesi e perfino carbonchi in soggetti diabetici.

L'A. raccomanda tale linea di condotta come quella di elezione, essendo superiore agli altri indirizzi terapeutici in uso: incisione, cauterizzazione col Paquelin, blocco circostante con liquidi antisettici, revulsivi. Il metodo della escissione avrebbe i seguenti vantaggi: 1) allontanamento del focolaio d'infezione; 2) trattamento posteriore facile e indolore; 3) cicatrice liscia o appena avvallata; 4) guarigione rapida in un periodo dai 14 ai 40 giorni (a seconda della grandezza della lesione) senza febbre e senza complicazioni.

L'A. prevede la facile obbiezione che le punture per l'anestesia locale e la cruentazione della zona difensiva peripustolosa aprano ai bacilli nuove vie di diffusione e di invasione. Risponde all'obbiezione contrapponendo l'evidenza del fatto di 30 casi guariti senza alcun insuccesso, e svolgendo il seguente concetto: In ogni focolaio di infezione e particolarmente nella pustola carbonchiosa i liquidi tossici e i liquidi contenenti i batteri vengono a trovarsi sotto una pressione maggiore di quella esistente nel tessuto circostante. È quindi per ragione osmotica che esisterà una corrente infettante nella direzione focolaio di infezione-cute sana. Quando si incide il focolaio o meglio lo si escide, avverrà il contrario, ossia si avrà una corrente dalla cute sana, dove esistono liquidi sotto una certa pressione, verso il punto dell'escissione dove non esiste più alcuna pressione.

Tale corrente di liquidi è sufficiente a proteggere la cute sana e a rimuovere i liquidi tossici e i bacilli che ancora vi fossero annidati.

ROCCHI.

Sul trattamento della febbre di Malta.

De Parterroyo (*Siglo medico*, 1924, n. 53) è soprattutto partigiano della sieroterapia. Al primo giorno si iniettano 20 cmc. di siero sottocute, nei muscoli, od eccezionalmente nelle vene; si continua poi facendo ogni 1-2 giorni un'iniezione di 10 cmc. Si possono avere fenomeni irritativi locali, eritema, febbre, dolori articolari; dopo ripetute iniezioni, si è osservata anche l'anafilassi locale (pseudoflemmone tipico).

Anche la vaccinoterapia, che si fa con 1000-2000 milioni di germi, non è esente da fenomeni accessori, come febbre, tachicardia, vomito, albuminuria, ecc. Spesso poi il vaccino non dà ri

sultati, specialmente se è applicato in dosi insufficienti.

Fra i mezzi chemoterapeutici, si può sperare di ottenere dei risultati dal neosalvarsan; si incomincia con piccole dosi (15 cg.) salendo poi a 30-45, sempre per via endovenosa, impiegando in tutto 3-4 giorni.

In sottordine vengono poi i rimedi sintomatici, bagni, impacchi, mezzi medicamentosi. L'alimentazione sarà subordinata alle condizioni del paziente; durante la febbre elevata, è consigliabile il riposo in letto. *fil.*

Sul trattamento sistematico dell'amebiasi con le iniezioni intravenose di emetina.

Sull'osservazione di circa 150 malati di amebiasi (enterocoliti acute e croniche, ascessi epatici, localizzazioni polmonari e renali, appendiciti e colecistiti amebiche) (*Presse Médicale*, 27 agosto 1924), M. Petzetakis conchiude per la superiorità di azione dell'emetina somministrata per via intravenosa. La superiorità dell'azione dell'alcaloide somministrata per questa via si mostra in tutte le forme acute, ma più ancora nelle forme di enterocoliti croniche amebiche che poco reagiscono al trattamento emetinico sottocutaneo e intramuscolare.

L'azione tossica dell'emetina per via intravenosa secondo l'autore è uguale a quella dell'emetina per via intramuscolare; essa è ben tollerata somministrata alla dose complessiva di gr. 0.35-0.45 distribuita in dodici giorni, in quantità giornaliera variabile da gr. 0.03 a gr. 0.05.

Per diminuire l'azione ipotensiva e deprimente sulle fibre muscolari sia vasali che cardiache dell'emetina, l'autore l'associa a 5 o 10 cmc. di soluzione di cloruro di calcio al 3 % che ha sui vasi e sul cuore un'azione stimolante della fibra muscolare.

Al trattamento iniziale intravenoso l'autore fa seguire nella successiva serie il trattamento intramuscolare o sottocutaneo. Insiste specialmente sulla cura prolungata con l'emetina ritenendo l'amebiasi una malattia cronica al pari della malaria e della sifilide. L'autore prolunga la cura anche per 2 anni. Nel primo anno 5 serie di emetina, la prima delle quali intravenosa; nel secondo anno 2-3 altre serie complessivamente di gr. 0.25-0.30 di emetina.

F. RICCARDI.

Il trattamento del singhiozzo epidemico.

A. Gause (*Deutsche medizinische Wochenschrift*, 13 marzo 1925) riferisce di aver trovato notevole vantaggio somministrando, mattina e sera, 10 gocce di soluzione di ioduro di potassio al 5 %, diluite in un cucchiaio di minestra, facendo poi seguire il medicamento da un altro cucchiaio di minestra. L'A. dice che i malati, i quali, nonostante la somministrazione di altri medicamenti continuavano ad avere il singhiozzo, in un paio di giorni ne erano in tal modo liberati. *fil.*

IGIENE.

La prevalenza stagionale delle malattie.

La periodicità è uno dei fenomeni epidemiologici più interessanti e lo studio delle cause della tendenza ciclica delle malattie epidemiche è di fondamentale importanza per la lotta contro di esse. I. Rosenau (1) osserva a tale proposito che le pandemie di influenza compaiono ad intervalli irregolari. Il morbillo tende invece a un ciclo piuttosto regolare e, nelle regioni in cui è endemico, ritorna ogni 2-3 anni, probabilmente per l'accumularsi di un certo numero di bambini suscettibili. La paralisi infantile compare nel Massachussetts con una certa regolarità ogni quattro stagioni; tale malattia, malgrado le incertezze di cui è tuttora avvolta, dimostra una certa tendenza a comparire nei casi estivi, anzichè negli invernali.

Irregolare appare la periodicità della peste e della difterite. Parecchie altre malattie hanno una tendenza stagionale, che però può non aversi quando esse penetrano in popolazioni vergini. D'altra parte, vi sono malattie che nei climi temperati compaiono nella stagione invernale, le quali nei paesi tropicali si spengono; è questo il caso della scarlattina, nonchè del morbillo e della difterite che non hanno mai fatto presa nei paesi tropicali. Invece, l'influenza, la tubercolosi, la polmonite si hanno in essi come in quelli temperati.

Evidente appare l'influenza della latitudine. La febbre reumatica, malattia che negli Stati Uniti ha il massimo in marzo ed aprile, lo ha invece in settembre-ottobre in Inghilterra. Molte malattie hanno poi due culmini di massimo, in primavera ed in autunno; ciò accade per quelle respiratorie acute, ma anche per la tubercolosi, la nefrite, il reumatismo.

Le cause dei cambiamenti stagionali nelle malattie sono varie, complesse ed in gran parte indeterminate. Le malattie in cui gli insetti hanno parte importante tendono ad un massimo nella stagione calda, quando gli insetti vettori sono più abbondanti; si fa un'eccezione per il tifo esantematico appunto perchè i pidocchi abbondano maggiormente d'inverno. Si hanno però ricordi di epidemie invernali di febbre gialla e di una epi-

(1) International Conference on Health Problems in Tropical America, United Fruit Company, 1924, rif. in Lancet, 28 marzo 1925.

demia invernale di malaria in Russia con 20°-30° sotto zero. Quest'ultima è spiegata dal fatto che le anofele, con il caldo quasi tropicale delle capanne, avevano trovato nei barili dell'acqua da bere un ottimo habitat.

La prevalenza stagionale delle malattie intestinali ha una certa analogia con quella delle malattie da insetti; è questo il caso della tifoide, dissenteria, diarrea estiva dei bambini; la frequenza e l'intensità di queste malattie aumenta man mano ci si avvicina ai tropici, ciò che non toglie che, in qualche caso non si abbiano, p. es., epidemie invernali di tifoide, specialmente quelle attribuibili all'acqua.

L'importanza delle stagioni per lo sviluppo di malattie epidemiche è dimostrata anche dal fatto che la poliomielite e l'encefalite epidemica, che si manifestano in Inghilterra rispettivamente nella tarda estate ed in inverno, si hanno invec in Australia nella prima metà dell'anno e nel terzo e quarto trimestre.

fil.

VARIA

Costumi riguardanti lo starnuto.

(MOUSSON LANAUZE. *Paris médic.*, 1924).

« Dio vi benedica! » è una frase che si ripete da secoli ed in tutte le regioni dell'universo: ma se ci domandiamo il perchè usiamo salutare chi starnuta, vediamo che nè Plinio nè Montaigne che si erano fatti questa stessa domanda, hanno potuto risolvere la questione. Aristotile afferma che noi facciamo buon viso allo starnuto in quanto esso, al contrario degli altri atti, rappresenta l'emissione di gas provenienti dalla testa, sede dell'anima, immagine della divinità: anche in quei tempi la testa era considerata la cosa più rispettata e sacra: su di essa, come al giorno d'oggi si giurava: gli antichi uomini, sempre secondo Aristotile, non osavano toccare il cervello di un animale.

Altri hanno dato all'uso del saluto allo starnuto un'origine mitologica: Prometeo creò l'uomo modellandolo con dell'argilla. Per animare la statua si recò da Minerva e percorrendo diversi pianeti raccolse degli effluvi da lui giudicati necessari alla vita dell'uomo: protetto dal mantello della Dea si avvicinò al sole e riempì una bottiglina di suoi raggi. Tornato presso il suo capolavoro aprì la fiala sotto il naso della statua: il flogisto divino penetrò nella testa e nel cervello ed il primo segno che diede l'argilla fu uno starnuto. Prometeo pregò allora per la conservazione della sua opera, il neo uomo l'intese, non dimenticò i voti detti dal Prometeo e li ripetè ai suoi figliuoli: e questi ai successivi di generazione in generazione.

Una terza antica ipotesi ricorda come al nascere alcuni neonati respirano immediatamente, in altri occorrono massaggi, eccitanti per rimetterli in vita: ora il primo segno di vita che danno è uno starnuto ed il padre lieto domanda che il Cielo conservi a lui il figlio, che Dio lo benedica.

Lo starnuto fu alle volte considerato e come segno di buon augurio e come segno di cattivo, ma però fu sempre salutato: di buon augurio è considerato da Omero, lo starnuto emesso da Telemaco, forte a tal punto da far tremare il palazzo di Penelope. Nella ritirata dei diecimila, Senofonte racconta che un soldato starnutò: subito un grido di adorazione si levò dalle fila verso il Cielo: ora un presagio favorevole e Dio non avrebbe mancato di benedirli. Nei Romani al contrario dei Greci lo starnuto fu considerato fonte di sventure: quando la Luna si trovava nello Zodiaco lo starnuto era segno favorevole se i segni dello Zodiaco erano alcuni, sfavorevole se erano altri. Di cattivo augurio era lo starnuto fatto da mezzanotte a mezzogiorno: favorevole nel resto; pernicioso se emesso alzandosi dal letto o dalla tavola e per rimediarvi occorreva rimettersi in letto e cercare di dormire o di bere o di mangiare. I Romani presagivano anche dal numero degli starnuti, dalla direzione tenuta dalla testa nel momento dell'atto, ecc.

Udendo uno starnuto si rispondeva « Salve » e perfino il crudele Tiberio faceva un inchino allo starnutatore. Siffredo ci dice che i malati di peste morivano starnutando: ragione di più per richiamare la benedizione di Dio su coloro i quali starnutivano. « Tobim chaim » cioè « buona vita » risponde il giudeo, « gloria ad Allah » il musulmano a chi starnuta ed i presenti ripetono. Se un Indoù starnuta gli auditori rispondono « vita » ed egli risponde « con voi ». Un Zoulù od un Cafro starnuta « ora sono benedetto, egli dice, perchè lo spirito dei miei avi è venuto a trovarmi ». Lo starnuto annunzia il ritorno della salute: ad un ragazzo che starnuti, quale segno di salute si augura di crescere. Il Brown racconta che se un Re di Monomopata starnuta, è un'esplosione di acclamazioni di ringraziamenti da un capo all'altro della città.

In Guinea il popolo cade in ginocchio allo starnuto del Re. Nel Medio Evo esisteva una formula comune in Francia ed in Inghilterra « state bene! ». Ecco dunque un uso universale ed antico: ma anche ora diciamo con Plinio: *Cur sternutamentis salutamus?*

M.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXVIII. — Se ed in quali casi siano valutabili agli effetti della nomina o della conferma dell'ufficiale sanitario i rapporti di parentela con esercenti soggetti alla vigilanza igienica.

La questione è nota. La IV Sezione del Consiglio di Stato ha avuto occasione di riesaminarla, come già preannunziammo. Possiamo ora dare notizia della decisione n. 437 pubblicata il 17 aprile.

Il Prefetto aveva deliberato di non confermare l'ufficiale sanitario di Savignano di Puglia dottor Lorenzo Russo per *incompatibilità* dipendente dal rapporto di parentela con l'unico farmacista esercente in quel Comune. Il motivo centrale del ricorso che l'interessato produsse al Consiglio di Stato contro il provvedimento del Prefetto è così sintetizzato nella decisione:

« Trattandosi di conferma o licenziamento per termine del periodo di prova, il licenziamento avrebbe dovuto essere determinato *dalla valutazione dell'opera* effettivamente prestata dal dottor Russo e non dalla incompatibilità di fatto che si volle stabilire nei riguardi del dott. Russo, per essere questi nipote dell'unico farmacista del Comune; e l'eccesso di potere è, nel caso in esame, tanto più grave, sia perchè tale incompatibilità doveva essere nota al Prefetto quando egli nominò il dott. Russo, sia anche perchè da tutti gli atti emerge che dall'inchiesta fatta e dal parere del medico provinciale nessun addebito specifico è risultato a carico dell'ufficiale sanitario, nel senso che per favorire gli interessi del parente farmacista, il Russo abbia in qualsiasi modo leso o posposto gli interessi del pubblico servizio ».

« Questo motivo — soggiunge la decisione — appare fondato. Mentre le incompatibilità legali, cioè quelle previste in una speciale e tassativa norma giuridica, operano *de jure*, le incompatibilità di fatto è stato sempre ritenuto non possono in massima dar luogo a conseguenze dannose nei riguardi del funzionario o dell'impiegato, *se non quando si dimostri al lume della pratica e della esperienza, o si possa fondatamente presumere che il funzionario o impiegato sia incompatibile in un dato ufficio come, ad esempio, perchè avendo altre occupazioni trascuri quell'ufficio o perchè* (ed è l'ipotesi più vicina al caso presente) *l'impiegato, per le sue aderenze personali, per le sue parentele, siasi addimostrato, in seguito a prove raggiunte o almeno a presunzioni gravi, precise, concordanti, più favorevole agli interessi di amici e parenti, che tutore obbiettivo e imparziale dell'interesse pubblico.*

Non a ragione la difesa del Ministero e quella del Comune hanno invocato decisioni della IV Sezione del Consiglio di Stato (28 aprile 1899, ric. Comune di Villanova; 6 novembre 1914, ric. Vessella c. Prefetto di Caserta; 7 luglio 1916, ric. Palmeri c. Prefetto di Girgenti e infine quella del 20 luglio 1917, n. 144, ric. Comune Mazzarino) poichè tali decisioni non riguardano una ipotesi simile alla presente, ma quella di una prima nomina. In tal caso può ritenersi conveniente per la preponderanza da darsi al pubblico interesse che la scelta per il posto di ufficiale sanitario non cada su persona stretta da vincoli di parentela con chi sia soggetto alla sorveglianza dell'ufficiale sanitario; *mentre quando il periodo di prova sia stato compiuto, soltanto l'esercizio effettivo dell'ufficio può valere a stabilire se sia compatibile la permanenza del funzionario nel posto.*

« Il decreto del Prefetto che non confermò il dott. Russo, ravvisando che fosse motivo legittimo del licenziamento la stretta parentela fra il Russo e l'unico farmacista del paese, senza che si facesse in qualsiasi modo rilevare che per tale parentela il Russo avesse favorito gli interessi dello zio e avesse posposto quelli del pubblico servizio e senza che si accennasse ad altre cause per cui si rendesse opportuno non confermare il dott. Russo a ufficiale sanitario del Comune di Savignano deve essere annullato ».

Questa decisione è certamente importante perchè conferma chiaramente, evitando la possibilità di equivoci, che il rapporto di parentela con esercenti soggetti a vigilanza igienica non è causa di incompatibilità legale, efficace per se stessa e senz'altro. È, invece, nettamente stabilito che il rapporto di parentela può costituire in fatto una situazione concretamente valutabile in base ad elementi positivi, non equivoci ed accertati. Questa dimostrazione è necessaria specialmente in sede di conferma; ma anche quando si provveda alla nomina, pur esercitando il Prefetto più marcato potere discrezionale, non basta segnalare un rapporto di parentela, ma si deve fare valutazione concreta e specifica delle circostanze di fatto per stabilire se queste siano tali da far considerare un concorrente meno atto all'ufficio.

Si intende che, in questo caso, data l'ampiezza del potere discrezionale del Prefetto, il controllo in sede giurisdizionale ha minore estensione e più limitata efficacia in confronto del sindacato sul provvedimento concernente il licenziamento; ma, nell'una e nell'altra ipotesi, il rapporto di parentela non è per se stesso e senz'altro causa di esclusione dalla nomina o di licenziamento. Questo è il punto che rimane ormai definitivamente stabilito.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Ai medici ospedalieri.

Il segretario generale del Sindacato Nazionale dei medici condotti, dott. Achille Vacino, ha proposto al direttorio della Corporazione Sanitaria Nazionale il progetto della provincializzazione della condotta medica.

Facciamo voti cordiali che i colleghi possano aggiungere questa nuova vittoria alle tante altre che hanno saputo conseguire, mercè la loro compatta solidarietà e la tenacia dei presidenti, che hanno superato tanti momenti difficili, animati dal consenso e dalla fiducia dei compagni di lavoro e di lotta.

Lo spettacolo che invece offre l'Associazione Nazionale dei medici ospedalieri è davvero desolante, e purtroppo l'apatia e l'inerzia è in gran parte dei dirigenti, i quali non hanno saputo tradurre in atto i deliberati dei Congressi; e di fronte a situazioni speciali, come quella della clinicizzazione degli ospedali, non hanno spiegato tutta l'attività necessaria. Appunto per questo mancato intervento alcune Sezioni si distaccarono lo scorso anno dall'A. N. M. O., per formare una Associazione dei medici ospedalieri delle città universitarie.

Nel VII Congresso Nazionale dei medici ospedalieri, tenutosi in Roma il 26-27-28 novembre 1921, si erano trattati argomenti di grande importanza: aspetti e funzione degli ospedali italiani in regime di assicurazione malattie (relatore prof. Sforza); le direzioni sanitarie ospedaliere (prof. Ronzani); capisaldi generali dei regolamenti ospedalieri (prof. Cignozzi); pensioni dei medici ospedalieri (prof. Betti); rapporti fra scuole mediche ed ospedali (prof. Bastianelli).

L'Associazione Nazionale dei direttori sanitari degli istituti ospedalieri si era unita all'A.N.M.O. nei lavori del Congresso, e veniva approvato un ordine del giorno del prof. Ronzani, che nella sua prima parte era così concepito:

« L'A.N.M.O., ritenendo indispensabile che tutti gli ospedali siano diretti da un medico direttore, fa voti perchè tale posto sia stabilito per legge, e che ne siano determinate le mansioni inerenti, assicurando al direttore medico la necessaria autorità anche per quanto riguarda la gestione economica interna e la partecipazione ai Consigli di amministrazione, in conformità presso a poco a quanto per legge è disposto per i direttori dei Manicomi ».

In alcune grandi città vi sono ospedali di 500-600 letti, retti da un direttore amministrativo, per lo più un avvocato, senza il direttore sanitario; così che l'andamento ospedaliero lascia a desiderare dal lato igienico, ed il servizio sanitario è disimpegnato con vera anarchia. I primari e gli assistenti diligenti si trovano alle 8-8.30 nelle sale ospedaliere, per gli atti operativi e per le visite; ma ve ne sono altri che si recano alle 10, alle 11, facendo prima il comodo loro e della clientela, e dopo si curano dell'assistenza dei malati dell'ospedale.

Se i medici ospedalieri delle grandi città, e specialmente delle città universitarie, avessero istituito scuole pratiche, per la cultura dei medici neo-laureati, come Venezia, Roma, Milano, assecondando le proposte del prof. Bastianelli, elevando e perfezionando l'educazione professionale dei giovani medici, per potere raggiungere un giorno l'ideale di un insegnamento libero ospedaliero, con l'esame di Stato, come appunto inneggiava il prof. Giordano, nel suo telegramma augurale, inviato alla presidenza del Congresso, il famoso progetto della clinicizzazione degli ospedali non sarebbe stato proposto, o avrebbe riscosso maggiori antipatie e odiosità.

Il problema che però è più importante è quello dei concorsi al posto di primario e di assistente negli ospedali, che varia da città a città, come ho dimostrato in un articolo sul *Policlinico*, Sezione pratica, n. 35, anno 1921, e in un altro articolo comparso sul n. 7 del *Bollettino della Federazione Medica*, anno 1923. All'VIII Congresso federale degli Ordini dei medici nel 1923 avevo fatto la proposta di un regolamento ospedaliero unico, che stabilisse le modalità per i concorsi al posto di primario e di assistente, per la durata in carica, per gli stipendi, per le pensioni, per l'assicurazione sugl'infortuni, per la partecipazione ai Consigli di amministrazione, e facevo voti che il Governo regolasse con una legge, analoga a quella dei Manicomi, tali rapporti fra le Amministrazioni ospedaliere ed i sanitari, tenendo conto dell'importanza dei diversi ospedali, divisi in categorie, secondo la loro sede e la loro potenzialità.

Il mio ordine del giorno doveva essere letto all'ultima ora del Congresso, quando i delegati dei diversi Ordini erano ridotti a poco più di una ventina, ed i medici ospedalieri, ai quali poteva interessare l'argomento, erano un paio; ma prevedendo l'esito negativo della mia proposta, abbandonai l'assemblea.

La questione è di grande importanza e potrà essere trattata nel prossimo Congresso dell'Associazione o del Sindacato N. M. O., se i medici ospedalieri saranno capaci di dare segni di vita e di attività sindacale, e se vorranno essere tenuti

un poco in considerazione dalle Amministrazioni ospedaliere e dai colleghi stessi.

A tale proposito accennerò quanto è accaduto in una città capoluogo di provincia, nella quale i medici ospedalieri devono subire imposizioni illegali da parte dell'Amministrazione dell'ospedale, appunto per l'inerzia del Sindacato dei medici ospedalieri.

Per la morte di un primario di chirurgia in un ospedale secondario della città si doveva provvedere alla nomina del successore. Non venne bandito alcun concorso, e si nominò per chiamata un collega. Un consigliere dell'Ordine dei medici rilevò l'illegalità della nomina, e dalle informazioni assunte presso l'Amministrazione dell'ospedale risultò quanto segue:

« Il regolamento dell'ospedale stabilisce che i medici possano essere nominati: *a)* per concorso pubblico; *b)* per promozione, da assistente a primario; *c)* per semplice chiamata. Tale regolamento fu approvato dalla G. P. A.

L'Amministrazione si è valsa dell'ultimo comma, in seguito a precisi accordi intervenuti fra il presidente dell'ospedale, il prefetto, il sindaco, col consenso degli altri chirurghi della città all'uopo interpellati, appunto per non creare difficoltà all'Amministrazione, e per evitare che un nuovo chirurgo si insediasse nella città, con grave danno degli altri, per la riduzione dei loro proventi, causata dal numero dei chirurghi degli ospedali viciniori, perchè da tali centri non affluiscono più ammalati di chirurgia all'ospedale Maggiore. D'altra parte l'ospedale essendo solo di 150-200 letti, è in facoltà (?) di procedere alla nomina per chiamata, non avendo obbligo di legge per bandire il concorso ».

Nell'ospedale Maggiore della stessa città, ove sono ricoverati paganti nelle sale comuni e in camere, viene applicata, per ordine dell'Amministrazione, la tariffa dell'Ordine dei medici dell'anno 1919, mentre nella provincia è in vigore quella del 1923. Contro tale illegalità intervenne l'Ordine dei medici, non so con quale risultato, avendo servito a nulla la protesta dei primari e degli assistenti.

E per ultimo accennerò alla proposta di riforma di un articolo del regolamento ospedaliero, riforma che non solo è offensiva al corpo medico, ma fa grave torto al presidente ed all'Amministrazione ospedaliera.

« A nessuno dei medici chirurghi, anche specializzati, addetto ai servizi del Pio Istituto, è consentito di assumere o di conservare qualsivoglia incarico retribuito od onorario per prestazioni sanitarie, anche di consulenza, presso altri enti, istituti ospedalieri, ambulatori e case di salute del circondario, o comunque di dare la sua opera in detti luoghi. Contravvenendosi dai detti sanitari a tale disciplina, l'Amministrazione degli ospedali li riterrà senz'altro dimissionari dal posto che occupano in questo Istituto ».

Del resto non solo alcune Amministrazioni ospedaliere trattano con molto arbitrio i sanitari, ma anche i nostri colleghi dimostrano di tenere i medici ospedalieri in poco conto.

Il Consiglio della Federazione degli Ordini dei medici è sempre stato composto di medici condotti e di medici liberi esercenti; ed io ho fatto la proposta nei tre ultimi Congressi federali che venisse incluso anche un medico ospedaliero, ma invano.

Decidano quindi i medici ospedalieri se non sia opportuno costituire, come i medici condotti, un Sindacato N. M. O., o se non sia tempo di sollecitare il presidente dell'A. N. M. O. a radunare a Venezia, secondo la deliberazione dell'ultimo Congresso, le poche Sezioni che sono rimaste fedeli.

Intra (Novara).

Dott. CESARE PROVERA
chirurgo direttore dell'ospedale civile.

Cronaca del movimento professionale.

La pubblicità medica.

Abbiamo già dato notizia dell'Ordine del giorno votato al riguardo dall'Ordine dei Medici di Brescia. Ora l'Ordine dei Medici di Napoli ha formulato uno schema di progetto di legge per disciplinare tale forma di propaganda sanitaria ed ha ottenuto dalla grande maggioranza degli Ordini il più largo consenso per la proposta che sarà prontamente presentata all'approvazione del Parlamento dai Medici Deputati.

Lo schema del progetto di legge è il seguente:

Art. 1. — Nessun annunzio di pubblicità, che interessi la salute dei cittadini e che sia fatto da medici o farmacisti o levatrici o produttori di sostanze o specialità farmaceutiche e di apparecchi di cure mediche, potrà essere inserito sui giornali, sia politici che di classe o esposto, in qualsiasi modo, al pubblico, se non sia fornito del visto del presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia, in cui dimora l'individuo o la Società interessati alla pubblicità. Ottenuto il visto, l'annunzio può essere pubblicato senza limiti di tempo.

Art. 2. — I contravventori alle disposizioni del precedente articolo, saranno puniti con una multa, che, per ciascun annunzio, sarà estensibile da lire 300 a 500, mentre, per i recidivi potrà raggiungere le lire mille.

Art. 3. — Contro le deliberazioni del Consiglio dell'Ordine, in caso di diniego del Visto, è ammesso, nel termine di giorni 15 dalla data della notifica del parere, ricorso al Prefetto della Provincia, che deciderà senza ulteriore appello, dopo sentito il Consiglio Sanitario Provinciale.

Art. 4. — La presente legge andrà in vigore il giorno stesso della pubblicazione sulla *Gazzetta Ufficiale del Regno.*

REGOLAMENTO.

Art. 1. — Nessun annunzio di propaganda sanitaria potrà essere, sui giornali o in altro modo, fatto al pubblico, se non sia munito del Visto del Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici.

Art. 2. — Per ottenere il Visto, l'interessato dovrà rivolgere domanda in carta da bollo da lire due al Presidente del Consiglio dell'Ordine, trascrivendo l'annunzio integralmente ed allegando un foglio di carta da lire due sul quale sarà esteso il relativo parere.

Il Presidente nominerà, senza indugio, il Consigliere relatore, il quale, nel primo Consiglio, riferirà sulla domanda presentata, estendendo il relativo parere, dopo che il Consiglio avrà deliberato sul riguardo.

Art. 3. — Per cura del Consigliere Segretario, il parere sarà sinteticamente trascritto in un registro, che dovrà essere tenuto al corrente.

Art. 4. — Se il parere sarà favorevole alla inserzione, l'interessato lo ritirerà dalla Segreteria dell'Ordine, previo pagamento di lire dieci che saranno destinate al fondo di assistenza per i sanitari iscritti all'albo.

Art. 5. — Se il parere sarà negativo, l'interessato, nel termine di giorni 15 dalla data di esso, rivolgerà, in carta da bollo da L. 2, reclamo al Prefetto della Provincia, il quale, prima di emettere la sua ordinanza inappellabile, provocherà, a mezzo del Medico Provinciale, il parere del Consiglio Provinciale Sanitario.

Art. 6. — Ove il parere del Cons. Prov. Sanitario sia difforme da quello del Consiglio dell'Ordine, e il Prefetto ordini la pubblicazione dell'annunzio, la relativa ordinanza sarà rilasciata all'interessato a mezzo del Medico Provinciale previo pagamento della tassa, di cui all'art. 4. Dell'esito del reclamo, il Medico Provinciale darà notizia all'Ordine dei Medici, che ne prenderà annotazione nell'apposito Registro.

* * *

L'Ordine dei Medici di Genova dopo svolta una tenace azione di tutela, sulla guida dei risultati ottenuti ha formulato il voto di speciali provvedimenti di legge.

L'argomento è stato oggetto di discussione nelle adunanze di numerosi altri Ordini, onde può dirsi concordemente espressa la volontà dei medici italiani di colpire a morte il ciarlatanismo.

Il *Bollettino dell'Ordine dei Medici di Roma* osserva che il disparere è solo sul grado del provvedimento, poichè mentre tutti approvano e lodano il principio informatore della deliberazione presa dall'Ordine di Brescia, pure molti hanno espresso il dubbio che, allo stato attuale delle cose e secondo le disposizioni legislative vigenti, sarà praticamente difficile raggiungere il fine nella misura estrema segnata dall'Ordine di Brescia. Convengono molti che per alcuni Istituti o Case di cura è necessaria una indicazione di réclame e che per i medici esercenti le specialità può essere concessa l'inserzione nei giornali politici, limitandola alla indicazione del nome, della specialità esercitata, indirizzo ed orario di consultazione.

Il Consiglio dell'Ordine di Roma, mentre plaude alla grandissima maggioranza dei propri iscritti per l'autodifesa volontariamente compiuta contro il morbo ciarlatanesco per alto senso di dignità personale, si associa al principio che ha promosso il voto dell'Ordine di Brescia. E in attesa di deliberazioni e di norme da adottarsi da tutta la Classe Medica Italiana, il Consiglio consente la réclame medica sui giornali politici, disciplinata però nella forma surriferita conforme il voto espresso nei Congressi di classe.

Il Consiglio ha fondata speranza di poter raggiungere lo scopo per il decoro della Classe tutta facendo unicamente appello allo spirito di collegialità di quei pochi colleghi che trascinati dalla corrente reclamistica hanno varcato la misura, per modo che dopo tale esortazione si possa con soddisfazione di tutti vedere in brevissimo tempo scomparire dai giornali ogni traccia di ciarlatanismo.

Tale programma, conchiude il predetto Bollettino, è già in pieno svolgimento e mentre ci auguriamo di poterlo compiere rapidamente, desideriamo esprimere il fermo proposito di non desistere contro qualsiasi difficoltà o resistenza; poichè dopo una eventuale vana invocazione al sentimento di collegialità ogni nostra anche minima tolleranza suonerebbe grave offesa al buon nome della grande maggioranza degli inscritti.

Pei periti medici.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Foggia invita la Federazione degli Ordini dei Medici d'Italia a sostenere presso i competenti Ministri il seguente Ordine del giorno:

« Il Consiglio Amministrativo dell'Ordine Medici di Foggia; valutate le condizioni morali dei medici periti presso i Tribunali, per cui si richiede competenza tecnica per illuminare la Giustizia inquirente, onestà di azioni, studio profondo di innumerevoli delicate quistioni di medicina legale, e quelle finanziarie, per cui si travolgono e abbattono il prestigio e la dignità professionale con compensi umilianti ed indecorosi, decurtati sempre dal rigido fiscalismo;

considerato che i medici d'Italia rispondono all'appello dei magistrati con azione rapida, devota, rischiarata dalla luce limpida di scienza e di pratica, pur sapendo per dura esperienza che il loro aiuto non è compensato equamente;

considerato che le tariffe medico legali per parecchi decenni dal 1865 vennero ritoccate pochi anni or sono e che la lieve miglioria venne decapitata dal Governo Nazionale, per presunta economia;

tenuti presenti i ripetuti voti espressi nei congressi annuali della Federazione degli Ordini

dei Medici d'Italia ed il costo della vita attualmente, che tende sempre più al rialzo;

fa voti che il Governo Nazionale nomini una Commissione tecnica di pochi elementi, in cui vi sia proporzionale rappresentanza dei medici, che in breve tempo, proponga uno schema di legge al Parlamento per la riforma della tassazione delle perizie medico legali, la quale sia valutazione serena e giusta dell'opera necessaria ed indispensabile del medico perito coadiuvante l'opera del magistrato ».

Per un Congresso della stampa sanitaria italiana.

Dal Comitato promotore del IV Congresso delle Industrie sanitarie italiane riceviamo:

Torino, 11 maggio 1925.

Ill.mo Sig. Direttore,

Verso la metà del prossimo mese di giugno si terrà in Torino il IV Congresso delle Industrie Sanitarie Italiane, il quale avrà luogo nei locali e sotto gli auspici dellEsposizione Nazionale di chimica pura ed applicata.

Come la S. V. saprà, questa Esposizione inauguratasi alla presenza di AA. RR., di Ministri ecc. ha avuto un esito veramente eccezionale e che andrà sempre più intensificandosi.

Al Comitato esecutivo del Congresso delle Industrie sanitarie, in questo momento, parrebbe opportuno ed utile una convocazione della stampa sanitaria italiana, per vedere se fosse possiblie unirla in una federazione compatta.

Prima però di diramare inviti al riguardo, ed anche per essere certi di un successo di tale iniziativa, questo Comitato desidera sapere se e quante fra le Riviste sanitarie sarebbero disposte ad accogliere l'invito alla riunione.

Ecco il motivo della presente lettera, alla quale la S. V. è pregata di rispondere, partecipando se la Rivista sua prenderebbe parte a questo eventuale Congresso e comunicando, in caso affermativo, i temi che desidera siano posti all'ordine del giorno.

Il segretario: *Cav. Dott. G. Oliaro.*

Il presidente: *Dott. A. Vaccari.*

Il « Policlinico » ha cosi risposto:

Roma, 16 maggio 1925.

Gentil.mo Collega,

Il nostro direttore, prof. V. Ascoli, in nome della vecchia Associazione della Stampa Scientifica Italiana, Sezione Medica, ha indetto un *referendum* per la ricostituzione di essa e sta preparando elementi per una riunione da tenersi a Roma durante il prossimo ottobre, in occasione dei Congressi di medicina e di chirurgia generali.

Stimiamo che la sua iniziativa abbia a intralciare questa azione, in quanto le interferenze renderebbero difficile, anzi impossibile, una solida e forte organizzazione.

Tale motivo c'induce, nostro malgrado, a non aderire al suo cortese invito.

Distintamente

p. la Redazione: *L. Verney.*

Prof. A. Vaccari
via C. Vinzaglio, 38 R. — Torino.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni.

Si è adunato a Ginevra dal 20 al 25 aprile, sotto la presidenza del dott. Madsen; l'Italia era rappresentata dal dott. Lutrario, vice-presidente.

Il Comitato ha approvato il programma degli *scambi di personale sanitario* per il 1926, con che si estendono gli scambi. Si è occupato di migliorare il *servizio d'informazioni epidemiologiche*: le notizie, raccolte per posta e per radiotelegrafia (da Singapore), vengono consegnate in un Bollettino mensile; a richiesta dei governi, vengono anche comunicate per radiotelegrafia. Il Comitato ha preso conoscenza del lavoro compiuto dal sotto-Comitato incaricato di indagare sull'*insegnamento dell'igiene*, insistendo sullo studio dei fattori che possono maggiormente contribuire al benessere umano. Ha incaricato un'apposita Commissione di proseguire l'*inchiesta sulla tubercolosi* per accertare le cause dell'attuale declino generale della mortalità da questa malattia e delle differenze nei vari paesi. Ha preso conoscenza dei lavori sul *cancro* di un'apposita Commissione. Ha affidato a due dei suoi membri il compito di redigere una relazione preliminare sull'*abuso delle specialità farmaceutiche*. Ha deciso di compiere inchieste sulla *leishmaniosi*, sul *vaiolo*, sulle *disposizioni sanitarie per gli emigranti*. Ha adottato la relazione della Commissione per l'oppio e proposto d'indagare se alla lista contemplata dalla Convenzione convenga aggiungere due nuovi derivati: *eucodal* e *dicodide*. In merito alla *malaria*, ha adottato la relazione della Commissione *ad hoc*; ha proposto al governo albanese di adottare le proposte del dott. Haigh; ha deliberato di chiedere informazioni complementari al Governo turco Ha preso atto della relazione presentata dal dottor Gilmour sulle condizioni sanitarie della Persia e deliberato di favorire il proseguimento dell'inchiesta. Ha approvato la scelta di due membri per la partecipazione al *Congresso internazionale sulla malaria* indetto a Roma per l'ottobre. Ha preso altre deliberazioni relative a Congressi medici. Ha ringraziato i governi czeco-slovacco e romeno per i contatti stabiliti con il Comitato.

Giornata di propaganda antitubercolare.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della Sanità Pubbl.) ha indirizzato ai Prefetti del Regno una circolare in data 30 apr. e di cui riportiamo larga parte:

Il Governo, che già con legge 24 luglio 1919, n. 1382, segnò un primo passo decisivo dell'azione dello Stato nel campo della profilassi antitubercolare, ha poi, con R. D. 30 dicembre 1923, numero 2889, cercato di assicurare ai servizi unità di indirizzo, e si propone di sviluppare ancora più la serie delle provvidenze destinate a raggiungere il nobilissimo intento.

Ma contro una malattia, che resta talvolta subdolamente silenziosa per anni, che si maschera

dietro parvenze di altri mali, che si propaga infine per molteplici vie, non giova larghezza di ordinamenti e di mezzi di difesa senza l'appoggio di una *coscienza pubblica* opportunamente predisposta alla osservanza delle leggi sanitarie e ad igieniche abitudini di vita.

Questo Ministero vedrebbe assai volentieri che la cerimonia generalmente conosciuta sotto il nome di « Festa del Fiore » fosse celebrata in tutti i più importanti centri, come un rito di umana solidarietà; ma intanto ritiene doveroso che l'opera di « propaganda » nelle masse abbia senza ritardo il suo inizio.

È opportuno pertanto che sorgano, ove già non esistano, in ogni capoluogo di provincia e possibilmente nei centri più importanti — quando non possa farsi ricorso all'azione del Consorzio provinciale antitubercolare, e ad ogni modo, d'intesa con la rappresentanza di esso — Comitati composti di uomini di scienza, ma sopratutto di cuore e di buona volontà; i quali si accingano a sviluppare gradualmente l'educazione igienica del popolo e a diffondere la conoscenza delle norme di profilassi antitubercolare specialmente tra coloro che, per condizioni economiche e sociali, non sono in grado di possederle per altra via.

La « propaganda » potrà assumere le forme più varie: lezioni, conferenze, proiezioni cinematografiche, manifesti murali, pubblicazione di opuscoli e di articoli sui giornali, visite a Istituti di profilassi e di cura notoriamente bene organizzati, nei quali, il pericolo tubercolare viene circoscritto e vinto, e dai quali deve espandersi la fiducia e sul cui esempio debbono bandirsi preoccupazioni infondate.

Sarà bene far coincidere la manifestazione di « propaganda » con una data speciale che serva a metterne in luce tutta l'importanza.

Sembra pertanto che la ricorrenza della Festa Nazionale dello Statuto sia indicata anche per lo svolgimento della « giornata antitubercolare ». Si lascia, del resto, ai Prefetti di accordo coi Comitati di fissare, tenuto conto delle circostanze locali, la data più opportuna per illuminare le masse sul grave problema, che non potrà essere avviato a soluzione senza il loro premuroso concorso.

Certo sarebbe desiderabile che all'azione di « propaganda » più sopra illustrata, si potesse associare anche l'appello alla beneficenza pubblica e privata a favore delle locali Istituzioni antitubercolari, che maggiormente reclamano l'integrazione delle loro risorse, inadeguate per la indispensabile opera di assistenza, di profilassi e di prevenzione sociale.

Il Ministero lascia pertanto ai Prefetti, in accordo coi Comitati, di decidere se convenga, per quest'anno, rivolgere alla carità cittadina sotto il nome oramai tradizionale di « Festa del fiore » l'invito, che in molti centri suol dare ottimi frutti e che negli anni venturi, dopo saggia preparazione, potrà essere lanciato con le più larghe speranze di successo.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ADRIA (*Rovigo*). *Ospedale Civile.* — Medico primario. Scad. ore 17 del 31 mag. Età lim. 45 a. Docum. a un mese. Cinque anni di assistentato in reparto medico di grande Ospedale o tre R. Clin. med. Cultura pratica di microscopia e batteriol. Tassa L. 50.10 alla Segreteria. Serv. entro 15 gg. L. 7000 (*sic*), senza c.-v.

ANCONA. *Manicomio Provinciale.* — Il concorso a medico praticante interno (assegno L. 5000, vitto ed alloggio personale) è prorogato al 30 giugno. Per chiarimenti rivolgersi alla Direzione dell'Istituto.

AVEZZANO. *Ospedale Civile dei SS. Filippo e Nicola.* — Aiuto medico-chirurgo; L. 2400 (*sic*) annue e vitto nei giorni di guardia. Scad. 15 giu. Docum. all'Amministrazione. Classifica esami di laurea. Tassa L. 50. Docum. a 3 mesi. Laurea da non più di 6 anni e non meno di 2. Nomina e conferma triennale. Divieto di assumere altri uffici sanitari fuori dell'Ospedale.

BOLOGNA. *Istituto Ortopedico Rizzoli.* — Medico assistente. Scad. ore 17 del 31 mag. Vedi fasc. 20.

BORGO DI TERZO (*Bergamo*). — A tutto il 10 giugno. Vedi fasc. 20.

COMO. *Ospedale di S. Anna ed Uniti.* — A tutto il 31 mag., medico-chirur. aggiunto. Vedi fasc. 20.

CORCIANO (*Perugia*). — A tutto il 31 mag., 2ª cond.; L. 8000 oltre L. 600 serv. att. e 2 c.-v. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10 all'Esattore. Serv. entro 15 gg.

FIRENZE. *Arcisped. di S. M. Nuova e Stabilimenti Riun.* — Assistente specialista per il Turno e Gabinetto Otorinolaringoiatrico; età mass. 30 a.; L. 5000 oltre le indenn. c.-v. Scad. ore 18 del 10 giu. Serv. entro 15 gg.

MALCESINE (*Verona*). — Sul Lago di Garda; ab. 3060. Tassa L. 50.15, al Sindaco. Stip. L. 8000; L. 700 uff. san.; L. 1200 c.-v.; L. 1600 quota integrativa, L. 1000 a 3000 trasp.; le ultime tre indennità rivedibili di anno in anno. Serv. entro 20 gg. A tutto 15 giugno.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Assistente dell'Ambulatorio Comunale Oftalmoiatrico per i bambini delle scuole e per i poveri del Comune, gestito dagli Istit. Ospital. Vedi fasc. 20. Scad. ore 16 del 1° giu. — Medico assistente interno residente nell'Ospedale Sanatorio Vitt. Eman. III per tubercolotici del Comune di Milano in Garbagnate. Vedi fasc. 20. Scad. ore 16 del 10 giu.

MONTEDORO (*Caltanissetta*). — A tutto il 31 mag., consor. con Buompensiere. Vedi fasc. 20.

MONTELIBRETTI (*Roma*). — Al 31 mag.; L. 7000; età lim. 40; 5 anni in ospedali civili o militari; pratica di condotta e di esami di gabinetto. Serv. entro 15 gg.

NONANTOLA (*Modena*). — Seconda condotta. Scadenza 30 giugno. Stip. L. 8500 aumentabili; doppia indenn. c.-v.; indenn. cavalc. L. 2500. Età massima 35 a. Tassa L. 50. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

PAPIGNO (*Perugia*). — Scad. 30 mag., L. 7000 e 3 quinquenni dec., oltre L. 600 serv. attivo, L. 4000 cav., due c.-v., alloggio gratuito, L. 500 se uff. san. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.10.

PIACENZA. *Ospizi Civili*. — Primario di radiologia e terapia fisica nell'Ospedale Civile. Vedi fascicolo 20. Scad. 30 mag.

SALANDRA (*Potenza*). — Condotta poveri; L. 6000. Scad. 31 maggio.

SERRAUNGARINA (*Pesaro*). — Scad. 31 mag. Lire 8000 e 10 bienni ventesimo; c.-v. di L. 100 pei coniugati, L. 65 pei celibi; L. 3000 cav. obbligat.; addizion. L. 2 da 501 a 1000 pov., L. 3 oltre. Tassa L. 50.10.

TOMBOLO (*Padova*). — Proroga 30 mag., ore 18.

TREVI (*Perugia*). — Scad. 10 giu.; L. 9000 e 3 quinq. dec.; p. cav. L. 4000; serv. attivo L. 600; due c.-v. ridotti. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.

ZOGNO (*Bergamo*). — Proroga a tutto il 20 giu.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sir Humphry Davy Rolleston è stato nominato clinico medico (regius professor of physic) all'Università di Cambridge, quale successore di sir Thomas Clifford Allbutt. Il Rolleston è presidente del « Royal College of Physicians » (Collegio Reale dei Medici); durante la guerra fu consulente medico capo dell'Armata; ha cooperato con Allbutt alla 2ª edizione di « A system of Medicine » (Enciclopedia medica).

Al posto del prof. Bergonié, rimasto vittima della sua abnegazione, è stato nominato direttore del Centro regionale di lotta anticancerosa di Bordeaux e del sud-ovest della Francia il prof. Sabrazès, di anatomia patologica e microscopia clinica, con l'incarico del servizio di medicina e di tutti gli esami anatomo ed isto-patologici.

Il dott. C. M. Cortezo di Madrid, senatore a vita, direttore del « Siglo Médico », è stato nominato presidente del Consiglio di Stato della Spagna: è la prima volta che questa alta carica viene tenuta da un medico.

La « Società Francese Nazionale di Chirurgia » ha assegnato il premio quinquennale Lannelongue, consistente in medaglia d'oro e 5000 franchi, al dott. George Crile, di Cleveland (Stati Uniti d'America), per l'insieme dei suoi lavori.

Il dott. Enzo Romanelli ha conseguito la libera docenza in patologia generale presso l'Università di Napoli. La Commissione era composta dei professori Gradenigo, preside; Pianese, Boeri di Napoli; Tiberti di Siena; Donzelli di Palermo; la tesi scritta concerneva il tema: « L'apparato reticolo-endoteliale », la lezione orale trattò de « L'anafilassi ».

È stata conferita la medaglia d'oro al merito della Sanità pubblica al sig. Giuseppe Serraino Vulpitta che, in memoria della madre, ha istituito a proprie spese in Trapani un Dispensario antitubercolare.

NOTIZIE DIVERSE.

Per una Società italiana di studi scientifici sulla tubercolosi.

Il 5 maggio, in Milano (15), presso l'Istituto di Tisiologia della R. Università (via C. Ferrari, 18), ebbe luogo la prima riunione del Comitato Promotore della Società Italiana di Studi Scientifici sulla Tubercolosi.

Dopo larga discussione, svoltasi sotto la Presidenza del sen. Maragliano, venne deliberato un O. d. G., approvato all'unanimità dai presenti, in cui, riaffermata la necessità che sorga anche in Italia, sull'esempio delle Maggiori Nazioni, un Ente a carattere Nazionale per lo studio scientifico sulla Tubercolosi, ne viene demandata la prima manifestazione ufficiale al prossimo Congresso, promosso in Napoli dalla Federazione Nazion. Italiana delle Opere Antitubercolari, di cui la nuova Società entra a far parte. Nella riunione furono confermati: il prof. E. Maragliano quale Presidente, il dott. A. Cecchini quale segretario. Venne approvato il seguente ordine del giorno:

1) La prima riunione (in base all'art. transitorio dello Statuto) per la costituzione definitiva della Società, sarà tenuta il 26 maggio, in Napoli.

2) Viene incaricato l'ufficio di Segreteria di prendere le opportune intelligenze colla Presidenza della F. N. I. affinchè possa essere espletato l'unanime voto che la Soc. Ital. per gli Studi Scientifici sulla Tubercolosi già dal prossimo Convegno Federale di Napoli, possa funzionare come Sezione Scientifica di essa Federazione.

3) Vengono riservate le ultime definitive intelligenze circa le particolarità di tale funzionamento.

4) Vengono delegati due Membri del Comitato Promotore nelle persone dei proff. Carpi e Ronzoni e il Segretario dott. Cecchini alla organizzazione della partecipazione della Società Italiana di Studi Scientifici sulla Tubercolosi al Convegno Federale di Napoli.

XVII Congresso della Società Freniatrica Italiana.

In conformità delle deliberazione prese al XVI Congresso della Società Freniatrica Italiana, tenutosi in Roma dal 5 all'8 aprile del 1923, la prossima Riunione avrà luogo in Trieste, dal 24 al 27 settembre. Il Comitato organizzatore ha per presidente d'onore il sen. Attilio Hortis; per presidente effettivo il dott. Guglielmo Pastrovich, direttore dell'Ospedale Psichiatrico provinciale di Trieste; per segretaria la dott.ssa Evelina Rawicz.

I temi generali sono stati stabiliti come segue dal Consiglio direttivo, di cui è presidente il prof. Enrico Morselli: « La Costituzione in Psichiatria »; Relatori: M. Kobylinsky e G. Vidoni (Genova). — « Psichiatria e Psicanalisi »; Relatore: Edoardo Weiss (Trieste). — « Terapia della Paralisi progressiva »; Relatori: Gustavo Modena, N. De Paoli e Mondini (Ancona).

I colleghi che volessero fare delle comunicazioni, sia sui detti temi generali, sia su altri argomenti di Neuropsichiatria, sono pregati di inviarne il titolo alla *Segreteria della Presidenza* in *Genova, Casella postale* 879.

In occasione del Congresso il Comitato Triestino organizzerà una visita a qualcuno dei luoghi resi sacri al sentimento di tutti gli Italiani dalle vicende della Grande Guerra.

I soci della Società Freniatrica sono pregati di inviare le due quote annuali di L. 20 per le due annate 1924 e 1925, nonchè la quota di oltre L. 40 per la inscrizione al Congresso.

Il Comitato effettivo di Trieste (Ospedale Psichiatrico Provinciale) rivolge viva preghiera a tutti quelli che prenderanno parte al Congresso, di voler preavvisarlo, almeno un mese prima, per l'alloggio, data l'affluenza dei forestieri nel mese di settembre.

XVI Congresso dell'Associazione medica italiana di idrologia, climatologia e terapia fisica.

Come abbiamo annunziato, si terrà ai Bagni di Montecatini dal 10 al 14 giugno 1925, sotto la presidenza del sen. prof. G. B. Queirolo.

Segretario generale ne sarà il prof. G. Carreras; tesoriere l'avv. C. Mancini.

I temi delle relazioni generali sono i seguenti: 1) Interpretazione chimico-fisica dell'analisi delle acque minerali con particolare riferimento allo stato del Calcio in soluzione. (Relatore il prof. R. Nasini). 2) La cura della colelitiasi nelle Stazioni balneari italiane. (Relatori i proff. Lotti, Bezzola e Sabatini).

Si invitano tutti coloro che desiderano partecipare al Congresso e fare comunicazioni scientifiche ad inviare sollecitamente la loro adesione, i titoli delle eventuali comunicazioni e la quota di L. 20 stabilita per la partecipazione al Congresso, affinchè la segreteria possa in tempo far pervenire le relative tessere con i fogli di viaggio per le riduzioni ferroviarie. L'adesione, i titoli delle comunicazioni e la quota d'iscrizione debbono essere inviati al prof. G. Carreras, presso l'Istituto di Clinica Medica della R. Università di Pisa.

I Signori Albergatori di Montecatini — Soci della Associazione Italiana Albergatori — offrono l'alloggio gratuito nei rispettivi alberghi ai partecipanti al Congresso e loro famiglie e per il vitto accorderanno prezzi speciali.

V Congresso internazionale di storia della medicina.

Converrà a Ginevra dal 20 al 25 luglio, sotto la presidenza del dott. C. G. Cumston; s'inaugurerà con una conferenza del dott. E. Pittard sulle « Operazioni mediche all'età della pietra » e si chiuderà con una relazione del dott. J. W. Courtney su: Beniamino Waterhouse M. D., pioniere americano »; tra le comunicazioni ve ne sarà una di C. G. Cumston su di « Un congresso medico a Roma nel 1681 » ed una di F. Crookshank sulla « Storia della diagnosi in medicina ». Sono previste varie escursioni e trattenimenti.

III Congresso dei Dermatologi e Sifilografi di lingua francese.

Si terrà a Bruxelles dal 25 al 28 luglio. Temi all'ordine del giorno: « Tubercolidi: natura e trattamenti »; « Herpes e zona »; « Le purpure »; « Reinfezione, pseudo-reinfezione, superinfezione sifilitiche »; « Turbe endocrine d'origine eredo-sifilitica »; Stato attuale della terapia del lupus ». Per informazioni rivolgersi al segretario generale, N. L. Dekeyser, 9 rue des Sablons - Bruxelles (Belgio).

Conferenze.

Il prof. C. Ceni, dell'Università di Cagliari, ha tenuto a Bologna una conferenza in cui ha riferito i suoi noti studi sperimentali su « I rapporti del sistema nervoso e del sistema genitale ».

Il prof. D. Majocchi ha tenuto, pure a Bologna, una conferenza sulle « Prime origini della medicina nella preistoria ».

Il prof. A. Alberti, direttore del Manicomio di Pergine, ha tenuto a Trento una conferenza su « La moderna psichiatria e il suo valore sociale ».

Onoranze ad Antonio Carle.

Con l'intervento del duca d'Aosta, dell'on. Boselli e di numerosissime autorità, sono state tributate solenni onoranze, l'11 corr., al sen. Antonio Carle in occasione del suo 30° anno di insegnamento universitario. Al festeggiato sono stati offerti un album con le firme dei sottoscrittori per la fondazione di una borsa di studio a lui intitolata e due volumi dell'« Archivio Italiano di Chirurgia » ed è stata conferita la cittadinanza onoraria di Torino.

Dopo un breve discorso del rettore dell'Università prof. Pochettino ha parlato il duca d'Aosta il quale ha detto: « All'amico carissimo, all'illustre scienziato, al maestro esimio, all'operatore principe, in questo giorno di meritato plauso per lui e di grande giubilo per noi, rivolgo una parola esprimendo riconoscenza per quanto egli ha operato in pace e in guerra. Grazie. A questo ringraziamento con animo commosso aggiungo la riconoscenza per le cure che egli ha prestato alla mia famiglia, riconoscenza che ho sempre nel cuore come il sentimento della Patria ».

Hanno parlato poi l'on. Boselli per l'Ordine Mauriziano, il prof. Giacosa per la Facoltà di Medicina e il prof. Donati, direttore della clinica chirurgica di Padova, che fu allievo del professor Carle.

Onoranze alla memoria di Borsieri.

Si è costituito a Civezzano (Trento) un solerte Comitato per celebrare il secondo centenario della nascita di Giambattista Borsieri. A tale scopo il giorno 19 aprile ebbe luogo un convegno con alcuni medici di Trento, fra i quali i Presidenti dell'Ordine e dell'Associazione Medica Trentina, e venne fissato il giorno 31 maggio per la Commemorazione ufficiale, che verrà fatta alle ore 15 dal medico comunale di Civezzano, dott. Giuseppe De Bosio.

In onore di due dermatologi viennesi.

Sono state tributate cordiali onoranze a due dermatologi viennesi di valore, i proff. Riehl e Ehermann, il primo dei quali è clinico universitario, il secondo è un ospedaliero; essi sono coetanei: hanno compiuto ora i 70 anni.

Il prof. Vincent.

Per avere raggiunto i limiti di età, ha lasciato l'insegnamento alla Scuola di Sanità Militare di Val-de-Grâce il prof. H. Vincent, ispettore generale del Servizio di Sanità dell'esercito francese; egli ha presieduto il recente Congresso internazionale di medicina e farmacia militari.

Periodici della Croce Rossa Americana.

La Croce Rossa Americana, che già pubblicava il « Red Cross Courrier » per il pubblico e il « Junior News » per gli studenti delle scuole inferiori e medie, ha ora iniziato la pubblicazione della « High School Review », per gli studenti delle scuole superiori. La prima di queste pubblicazioni da settimanale è divenuta bimensile.

Conferenze mediche radiotelefoniche in Germania.

La « Gemeinderundfunk » ha concluso delle trattative con l'Istituto Centrale per l'istruzione e l'educazione e con il Comitato federale per l'insegnamento medico, allo scopo di provvedere alla radio-diffusione di conferenze destinate esclusivamente a medici (corsi post-universitari o di perfezionamento).

All'uopo verrà utilizzata la grandiosa stazione radiotelefonica che sta per sorgere presso Berlino, a Königs-Wusterhausen, e che avrà la potenza di 20,000 watts; essa sarà destinata esclusivamente all'insegnamento.

Gli apparecchi ricevitori comuni sono adattati per onde di 500-700 metri, mentre le conferenze della nuova stazione saranno trasmesse con onde di 1800 metri.

È morto a Berlino, in età di 82 anni, JULIUS HIRSCHBERG, che è stato uno dei più valenti oftalmologi dei nostri tempi.

Ha descritto e individuato per primo molti quadri clinici, come la retinite diabetica, la retino-coroidite da lesioni del simpatico, le affezioni oculari da lue congenita; ha compiuto importanti ricerche scientifiche nel campo della diottrica; ha introdotto o valorizzato nuovi procedimenti curativi, tra cui il grande magnete per l'estrazione di corpi estranei, che ha reso inestimabili servizi. La sua « Einführung in die Augenheilkunde » (introduzione all'oftalmologia), ha avuto larghissimo successo. È stato anche un insegnante di raro valore: i suoi metodi dimostrativi erano divenuti celebri. In occasione del suo giubileo didattico e più tardi del suo 70° compleanno (nel 1913) furono pubblicati in suo onore due grossi volumi di contributi originali. È stato anche un umanista, appassionato studioso della letteratura tedesca.

F. D.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI. Red resp.

ANNO XXXII Roma, 1° Giugno 1925 Fasc. 22

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI ROMA diretto dal prof. V. ASCOLI.

Il valore della intradermoreazione nell'infezione melitense.

Dott. ENRICO TRENTI, assistente.

In una mia nota precedente (1) esposi i risultati ottenuti dall'applicazione alla diagnosi dell'infezione da micrococco melitense della intradermoreazione di Burnet. Le osservazioni che potei compiere su 9 individui affetti sicuramente da febbre di Malta, e su 70 individui sofferenti di svariate forme morbose mi condussero alla conclusione che l'intradermoreazione alla melitina ha caratteri di sensibilità e di specificità tali da renderne particolarmente utile l'uso e da conferire a questa prova un notevole valore diagnostico. Le osservazioni successive di Burnet (2) e quelle di Appieto (3) hanno confermato questo concetto riportando risultati concordemente e nettamente positivi nei malati di infezione melitense, e negativi negli individui sani o in malati delle più varie forme morbose.

Non sono mancate però osservazioni discordi tendenti a togliere alquanto valore a questa reazione specie nei riguardi della sua specificità, considerandola sia a sè, che insieme con le intradermoreazioni eseguite con filtrati di culture di altri germi.

Così il Montagnani (4) compiendo uno studio comparativo delle intradermoreazioni con filtrati di culture in brodo di bac. del tifo, paratifo A e paratifo B e di micrococco melitense, e tanto in individui sani che in malati di infezioni corrispondenti ai suddetti germi, o di altre forme morbose, giunse alla conclusione che dette intradermoreazioni « non erano l'esponente di un fatto « generale o di focolaio, ma di un fatto locale, il « quale non trovava la sua corrispondenza nel « potere difensivo dell'organismo come la discor- « danza col potere agglutinante di singoli pa- « zienti lasciava adito a supporre; e che la troppo « bassa percentuale di casi in cui la reazione po- « teva dirsi rivestire un carattere molto relativa- « mente specifico, toglieva a questo reperto ogni « carattere di specificità ».

Successivamente il Brugi (5) sperimentò filtrati di culture di micrococco melitense su cavie e su conigli infettati sperimentalmente col micrococco di Bruce, su malati di febbre di Malta, su individui sani e su altri affetti da svariate malattie. Egli ottenne reazioni positive negli animali infettati, negative negli animali di controllo; positive nei malati di febbre di Malta e negative negli individui sani, ma positive in malati di altre malattie e fra questi specialmente nei tubercolosi. Il Brugi concluse quindi ritenendo la

reazione alla melitina come una reazione aspecifica paragonabile alla reazione etero-proteica di Matthes.

Di fronte quindi ai risultati di Burnet e di Appieto, concordi nel conferire alla prova intradermica con melitina un alto valore diagnostico, stanno le citate osservazioni in base alle quali viene negato alla reazione ogni carattere di specificità. Le mie osservazioni, riferite nella precedente nota sull'argomento, concordavano pienamente con i risultati di Burnet. Allo scopo quindi di sottoporre l'intradermoreazione alla melitina ad un ulteriore controllo, ho creduto opportuno di eseguire una seconda serie di ricerche sia su malati di infezione melitense, sia su individui sani o affetti da malattie di varia natura, e specialmente sui tubercolosi fra i quali tanto il Montagnani che il Brugi avevano notato un maggior numero di reazioni positive.

Nei malati di febbre di Malta la diagnosi venne assicurata dalla emocultura o dalla agglutinazione. In tutti i casi presi in esame fu, contemporaneamente alla prova intradermica, eseguita la ricerca del potere agglutinante del siero di fronte agli stessi stipiti di micrococco di Bruce usati per l'allestimento delle culture per la preparazione della melitina.

Questa venne ottenuta colla tecnica che già avevo dapprima seguita usando per la filtrazione per candela culture in brodo di 20 giorni. Ho creduto opportuno usare contemporaneamente i filtrati di culture di 6 stipiti diversi, anche per osservare eventualmente se potevano sussistere delle differenze fra le varie reazioni da essi provocate; così come esistevano differenze nei riguardi della loro agglutinabilità con i sieri specifici o con i sieri di soggetti sani o malati di altre forme morbose.

La reazione intradermica è stata praticata alla dose di 1/10 di centimetro cubico, e sono state ritenute positive soltanto quelle reazioni che avevano tutti i caratteri indicati già da Burnet, di infiltrazione del derma, di arrossamento, di aumento locale della temperatura, di dolore. Nessuna importanza ho dato a quelle reazioni lievissime e fugaci consistenti più che in una vera e propria reazione, in un più difficile riassorbimento della piccola quantità di liquido introdotto sotto l'epidermide e costituite dalla presenza di un nodulino non circondato da arrossamento nè da fenomeni di infiltrazione di qualche conto.

I filtrati che ho usato per l'intradermoreazione portano il numero d'ordine degli stipiti conservati in laboratorio; per controllo ho adoperato il filtrato di brodo sterile. Uguale numerazione hanno le emulsioni con le quali vennero praticate le prove agglutinanti. In tutto ho potuto soltanto sperimentare queste ricerche in 4 casi di infezione melitense, e per controllo in 40 soggetti dei quali 30 malati di varie forme morbose e 10 clinicamente sani.

I risultati che riassumo brevemente sono stati particolarmente concordi negli individui sani, ed in quelli affetti da malattie diverse, dimostrando in tutti reazioni nettamente negative. In questi soggetti alla introduzione nel derma di cmc. 0,10 di filtrato seguiva immediatamente la formazione di una piccola tumefazione biancastra dovuta al sollevamento dell'epidermide, senza arrossamento della cute circostante. Ad essa, che persisteva per pochi minuti, subentrava un piccolo nodulo della grandezza di una testa di spillo, senza fenomeni dolorosi di sorta e senza traccia di arrossamento e di infiltrazione del derma limitrofo.

In questi individui, come risulta dalla Tabella sottostante, anche le agglutinazioni fatte con emulsioni di culture in agar di 48 ore di corrispondenti stipiti furono negative a tutte le diluizioni.

Casi	Totale N.	Intradermoreazioni con filtrati di cultura degli stipiti.						Agglutinazioni con emulsioni degli stipiti.					
		2	5	6	8	9	11	2	5	6	8	9	11
Soggetti sani	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Tubercolosi	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Polmonite	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Malaria	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Malattie varie non febbrili.	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Riassumendo quindi io non ho avuto occasione di osservare reazioni di qualsiasi importanza con l'iniezione di cmc. 0,10 di melitina nel derma di individui sani o di tubercolosi o di malati di altre affezioni. Mi sembra che questo risultato possa avere una certa importanza nei riguardi della specificità della reazione perchè se, come alcuni vogliono, i fenomeni susseguenti all'introduzione nel derma di filtrato di cultura di micrococco di Bruce dovessero essere interpretati nel senso di una reazione eteroproteica, non si comprende come la reazione sia stata costantemente negativa in tutti.

D'altra parte il controllo eseguito con brodo sterile ugualmente filtrato per candela è sempre riuscito negativo, e tanto nei miei casi che in quelli del Montagnani e del Brugi. Non si può quindi pensare che la positività della reazione in

alcuni individui sia legata a quelle proteine che sono contenute nel terreno di cultura ma bensì a quelle provenienti dai germi coltivati. Il Montagnani facendo un parallelo fra l'intradermoreazione con filtrati di cultura (tifo-paratifo A, paratifo B, melitense) e la cutireazione alla tubercolina in individui tubercolosi trovò in 23 casi su 25 ugualmente positive le due reazioni. Nelle mie ricerche non ho potuto riconoscere una simile evenienza come non mi è stato possibile provocare reazioni positive, in individui che reagivano negativamente all'introduzione di cmc. 0,10 di filtrati, iniettando nel derma dosi maggiori sino a cmc. 0,50. Da quanto mi è stato possibile osservare posso concludere che negli individui sani ed in quelli non affetti da infezione melitense, l'intradermoreazione alla melitina è stata nettamente negativa, e mai ha dato luogo a fenomeni reattivi di qualche conto che potessero anche far riconoscere la comparsa di una reazione pur debolmente positiva.

***

Nello studio della intradermoreazione alla melitina nei malati di infezione da micrococco di Bruce ho potuto prendere in esame soltanto 4 casi. In questi la diagnosi venne accertata per due con la positività dell'emocultura e per gli altri due con la positività della reazione agglutinante anche a forte diluizione del siero. Il carattere positivo della reazione intradermica era contrassegnato dalla comparsa di edema, rossore, dolore, aumento della temperatura locale. Questi fenomeni iniziarono ora 6, ora anche 12 ore dopo l'introduzione del filtrato, persistettero per 2 o 3 giorni, ed ebbero quale segno importante la loro particolare intensità, estendendosi talvolta ad un'ampia zona di cute, ed assumendo l'aspetto di una chiazza erisipelacea.

Riassumo nella tabella sottostante i risultati ottenuti.

Nei quattro casi presi in esame le agglutinazioni si sono comportate diversamente con i vari stipiti e fra questi soltanto 3 (nn. 6, 9, 11) hanno dato reazioni positive in tutti i casi. Tale fatto concorda con quanto è stato già da tutti osservato.

Circa le intradermoreazioni risultano due fatti importanti:

1) non tutti i filtrati ottenuti con i diversi stipiti danno reazioni ugualmente positive, anzi alcuni non determinano la comparsa di alcun fenomeno reattivo;

2) non esiste alcun rapporto fra l'agglutinabilità dello stipite di micrococco melitense e la proprietà del filtrato della corrispondente cultura a provocare reazioni intradermiche positive. Così infatti mentre le prove agglutinanti praticate con emulsioni dello stipite, 8 risultarono negative in tutti i 4 casi, il filtrato ottenuto dalla cultura in brodo dello stesso stipite diede luogo a reazioni intradermiche nettamente positive in 2 casi.

Dei vari campioni di melitina impiegati, quello ricavato dalle culture dello stipite 6 fu il solo a dare reazioni intradermiche positive in tutti i 4 casi. Un'altra considerazione riguarda i malati stessi, poichè accanto a individui che reagiscono positivamente a tutti i filtrati di micrococco stanno altri che reagiscono ad alcuni di essi, od anche ad uno soltanto. Ciò è evidente confrontando i risultati delle intradermoreazioni fra il caso 3 e il caso 4.

Riassumendo quindi i risultati della reazione intradermica alla melitina nei malati di infezione melitense, si può dire che esistono variazioni notevoli di reazione in rapporto sia alla natura del filtrato, sia alla recettività dell'organismo stesso, recettività che non è uguale per qualsiasi filtrato di cultura. Inoltre mentre con alcuni stipiti di micrococco melitense si hanno reazioni ugualmente positive sia agglutinanti che intradermiche, con altri stipiti esiste una assoluta discordanza fra l'esito dell'una prova e quello dell'altra.

N.	Cognome e nome	Emocoltura	Agglutinazione con gli stipiti:						Intradermoreazione con gli stipiti:					
			2	5	6	8	9	11	2	5	6	8	9	11
1	A. B. anni 35	posit.	—	—	+ 1:300	—	+ 1:300	+ 1:200	neg.	neg.	posit.	neg.	posit.	posit.
2	C. M. anni 40	posit.	—	—	+ 1:400	—	+ 1:400	+ 1:300	neg.	neg.	posit.	posit.	neg.	neg.
3	V. F. anni 32	—	+ 1:200	—	+ 1:300	—	+ 1:300	+ 1:200	posit.	posit.	posit.	posit.	posit.	posit.
4	G. C. anni 20	—	+ 1:200	+ 1:200	+ 1:600	—	+ 1:600	+ 1:300	neg.	neg.	posit.	neg.	neg.	neg.

Lo stato delle nostre conoscenze attuali non ci permette ancora di conoscere la natura dei fenomeni ai quali sono dovute queste reazioni cutanee di fronte a stimoli specifici, nè di conoscere quelle condizioni che ne regolano la loro comparsa. Rimane sempre di un certo interesse il fatto che individui portatori di una determinata infezione possano presentare fenomeni di reazione cutanea, alla introduzione di particolari sostanze provenienti dal germe, causa della malattia.

Per quanto risulta dalle mie osservazioni, l'intradermoreazione alla melitina costituisce una reazione strettamente specifica. Circa poi la sua sensibilità essa si è dimostrata positiva contemporaneamente alla reazione agglutinante, ed in tutti i casi presi in esame.

È bene però tener presente che come nei riguardi dell'agglutinazione non tutti i vari ceppi di micrococco melitense sono agglutinabili, e in misura uguale dello stesso siero; così per l'intradermoreazione non tutti gli stipiti forniscono culture che, filtrate, diano reazioni ugualmente positive. Inoltre non esiste parallelismo fra la inagglutinabilità di uno stipite e la mancanza di reazione al filtrato della rispettiva cultura in brodo. Nel vario esito della prova intradermica è necessario avere riguardo a due ordini di cause: l'una inerente alla natura del filtrato stesso, l'altra all'organismo, entrando in giuoco nella reazione alla melitina fattori particolari individuali.

Il confronto fra il comportamento dell'agglutinazione e quello dell'intradermoreazione, studiato sperimentando vari ceppi di micrococco melitense può anche far pensare che la presenza di agglutinine nel siero non presenti uno stretto rapporto con quello stato di allergia cutanea al quale è legata la positività dell'intradermoreazione. Un rapporto esiste d'ordine generico nel senso che dove si ha una agglutinazione positiva con uno qualunque degli stipiti usati, esiste anche una intradermoreazione positiva con uno qualunque dei filtrati, ma manca un rapporto assoluto nel senso che l'antigene agglutinabile non sempre è quello capace di provocare una reazione cutanea positiva.

Ciò può avere qualche importanza per la pratica, consigliando, nell'applicazione dei vari mezzi di laboratorio per la diagnosi di infezione melitense, di usare tanto nella prova di agglutinazione, come nella intradermoreazione ceppi diversi di micrococco melitense. L'una reazione non può sostituire completamente l'altra, ma esse devono venire impiegate l'una accanto all'altra; potendo, sia per i particolari caratteri biologici del germe, sia per il diverso stato allergico dell'individuo, essere le suddette reazioni ora concordemente positive, ora invece positiva l'una e negativa l'altra.

BIBLIOGRAFIA.

(1) TRENTI E. *Reazioni cutanee nell'infezione da micrococco melitense.* Policlinico, Sezione Pratica 1923.

(2) BURNET E. *Essais de diagnostic de l'infection à M. Melitensis chez la chèvre, par inoculation de mélitine. Réactions irregulières.* Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis, 1924, p. 1.

(3) APPIETO M. *Diagnostic de la fièvre mediterranéenne chez l'homme par l'intradermoreaction de Burnet.* Thèse de Montpellier, 1924.

(4) MONTAGNANI M. *L'intradermoreazione nel tifo, paratifo A e B e nella febbre melitense con i filtrati di cultura.* Riv. crit. di Clin. Med., 1924, n. 10, p. 149.

(6) BRUGI. *L'intradermoreazione di Burnet nell'infezione melitense.* Pensiero medico, 1924, p. 361.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI CAMPIGLIA MARITTIMA.

Cisti idatidea dello spazio retrovescicale.

Dott. prof. LUIGI CEVARIO, docente in Clinica chirurgica e medicina operatoria presso la R. Università di Siena, direttore e chirurgo primario.

La notevole frequenza con cui nella regione maremmana succede di dover trattare casi di cisti da echinococco localizzate in sedi rare o poco frequenti ci ha già permesso di illustrare due casi di cisti idatidee del rene (*Minerva Medica*, 1923) e due casi di cisti idatidee dell'epiploon (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1923). Essendoci avvenuto di curare nel corrente anno un individuo affetto da localizzazione idatidea ancora più rara, di più difficile diagnosi e di più complesso trattamento, crediamo opportuno di riportarne la storia clinica e di commentare la stessa brevemente ritenendo di fare cosa utile non solo dal punto di vista della miglior conoscenza delle localizzazioni del suddetto parassita, ma anche per il notevole interesse che, se non andiamo errati, ha il caso, dal punto di vista clinico puro.

S. Francesco, di a. 54, da Campiglia Marittima, possidente. Non si ricorda di aver sofferto di malattie degne di nota; condusse sempre una vita assai faticosa, è un fervente cacciatore onde convive con parecchi cani; si sposò con una donna sana da cui ebbe quattro figli di cui una femmina è rachitica ed un maschio di 25 anni è attualmente in cura per tubercolosi vertebrale; è modico bevitore, discreto fumatore. Circa sei mesi prima dal suo ingresso in questo Ospedale notò

l'insorgenza di dolori vaghi e diffusi al basso ventre; questi dolori si diffondevano anche ai due trocanteri ed ai muscoli delle coscie; notò pure un notevole e progressivo dimagrimento ed in questi ultimi due mesi disturbi alla defecazione consistenti in frequenza degli stimoli che per altro non erano seguìti sempre da resultato; nell'ultima quindicina l'a. peggiorò rapidamente nello stato generale non permettendogli più i dolori, fattisi assai intensi, il sonno e passando il suo tempo in continui stimoli evacuativi che spesso davano per unico resultato l'emissione di muco misto a sangue. Non vi furono mai disturbi nell'urinazione, mai vere proctorragie. Quando l'a. si sentiva teso in modo insopportabile, ricorreva all'uso di drastici e di clisteri. Peggiorando ancora le sue condizioni, si decise infine a farsi ricoverare in questo Ospedale.

Esame obbiettivo. — Individuo di costituzione scheletrica regolare. Stato di denutrizione profondo, colore della pelle terreo, mucose visibili pallide. Nulla di obbiettivo all'esame degli organi toracici. All'ispezione dell'addome si nota a carico del quadrante inferiore sin. una tumefazione a superfice regolare che solleva uniformemente la cute della regione per l'ampiezza di circa un palmo di mano di adulto; la cute che ricopre detta tumefazione non presenta, come d'altronde la restante dell'addome, alcun carattere speciale; la tumefazione non si sposta cogli atti respiratori, non presenta alcun movimento ritmico nè aritmico. Procedendo alla palpazione dell'addome si nota che la tumefazione in parola è situata in cavità poichè essa non è più palpabile se si fanno contrarre i muscoli delle pareti, si nota pure che essa è immobile, di consistenza duro-elastica, indolente, i suoi limiti si possono delimitare verso la linea mediana sulla linea ombellico-pubica, in basso da una linea parallela alla piega dell'inguine e da questa distante due dita trasverse, lateralmente il suo limite si trova sulla mammillare prolungata ed in alto sull'ombellicale trasversa.

Palpando il restante addome si notano qua e là altre tumefazioni di più piccolo volume, spostabili, di consistenza dura, a superfice bernoccoluta; alcune di queste tumefazioni sono ben distinte alla regione ombellicale ed altre alle regioni ipocondriache e variano dalla grandezza di una noce a quella massima di un uovo di gallina, sono pure queste indolenti ma presentano, come abbiamo già detto, il carattere di una notevole mobilità. Fegato, milza e stomaco nei limiti fisiologici, nessun segno di ascite. La palpazione delle regioni inguinali e crurali fa rilevare la presenza di ghiandole linfatiche della grandezza massima di circa un fagiolo e di consistenza dura, non esiste adenopatia sottoascellare e sopraclavicolare. Procedendo ad alcuni esami speciali si rileva che l'esplorazione rettale, assai dolorosa, fa notare la presenza di una tumefazione che è facilmente palpabile sulla superfice posteriore del retto ma che non appare interessi la mucosa di quest'organo in quanto questa si sposta facilmente sulla tumefazione in parola. La mucosa rettale presenta inoltre i suoi caratteri soliti di consistenza, di scorrevolezza e di superfice; dopo l'esplorazione fuoriesce dall'ano una certa quantità di muco misto a sangue; non è possibile con questa manovra esplorativa raggiungere il polo superiore della tumefazione, è però facilmente rilevabile che essa in basso si continua nel cellulare pelvico non arrivando sino ai tessuti perianali ed è pure possibile con la manovra bimanuale notare che la tumefazione esplorabile dal retto è in diretto rapporto con la tumefazione palpabile sull'addome, pare inoltre, sebbene questo dato non possa essere percepito con grande esattezza, che esista, sempre alla manovra bimanuale, una certa fluttuazione. Introducendo un esploratore metallico in vescica non si nota nulla di anormale così pure eseguendo l'esame cistoscopico, la separazione delle urine non dimostrò rilevabili differenze tra di esse; introducendo un catetere in vescica ed empiendola con soluzione fisiologica si nota che la sua forma è normale e che è del tutto indipendente dalla tumefazione già descritta la quale in questo caso si rivela situata posteriormente ed a sinistra della vescica stessa. L'esame radiografico della regione (prof. Duranti) rilevò la presenza di una accentuata spina bifida sacrale ma non diede alcun dato positivo a carico della tumefazione. L'esame delle orine non rilevò nulla d'importante. L'esame del sangue diede il seguente risultato: emoglobina 60, globuli rossi: 3.400.000, globuli bianchi: 8500; formula leucocitaria: neutrofili 64, basofili 0, eosinofili 6, mononucleati 30, reazione di Wassermann: negativa; cutireazione tubercolinica: intensamente positiva; intradermoreazione del Casoni: positiva.

Durante il periodo di osservazione che durò per 12 giorni l'a. peggiorò notevolmente nelle sue condizioni; la difficoltà nella defecazione si fece ognora più grave e presto non bastarono più i mezzi purgativi o meccanici a svuotarlo; i dolori fattisi atroci gli procuravano gravi tormenti a disagio sollevati da iniezioni di morfina; le sue condizioni di nutrizione si fecero pertanto più scadute ancora, tanto da indurci a provvedere senz'altro con l'atto operatorio.

Diagnosi. — Dai dati rilevati all'esame obbiettivo e dai risultati degli esami speciali si poteva agevolmente concludere trattarsi di una tumefazione fornita di un certo senso di fluttuazione situata nello spazio vescico-rettale, nettamente delimitata, poco dolente, a sviluppo lento e progressivo, senza rapporti con la vescica e con la mucosa del retto. Esisteva inoltre, è bene ricordarlo, la presenza di altre tumefazioni a forma nodosa, mobili e con caratteri assai differenti dalla prima. Se la diagnosi di sede non presentava, come si vede, eccessive difficoltà, ben altrimenti difficile era invece la diagnosi di natura. I dati rilevati dall'esame clinico ci suggerivano, a dire il vero, ipotesi svariate ed ognuna di queste possedeva, come in clinica succede sovente quando si discutono casi complessi, i propri dati di appoggio. L'ipotesi più spontanea data l'età, dato l'aspetto del malato ed i caratteri delle singole tumefazioni era che si trattasse di un neoplasma a sede vescico-rettale di probabile natura maligna; a confortare questa ipotesi indubbiamente intervenivano due fattori assai importanti: la presenza di una spina bifida e la coesistenza dei noduli minori. È noto infatti come non sia infrequente che su congeniti vizi di sviluppo si impiantino, specie in sede sacrale, tumori veri e propri che per lo più appartengono alla categoria dei teratomi, alle volte anche cistici; la presenza delle tumefazioni minori riferibili con ogni verosimiglianza a ghiandole linfatiche mesenteriche infiltrate poteva inoltre appoggiare la diagnosi confortando l'ipotesi della presenza di un

neoplasma a tipo teratomatoso che avesse ormai assunto il carattere di malignità. La presenza di modica adenopatia inguinale e crurale e l'assenza di essa nelle regioni sottoascellari creava per contro un notevole dubbio all'ipotesi più spontanea. I rilievi ematologici, le reazioni cutanee (tubercolinica e di Casoni ambedue positive), la diuturna dimestichezza dell'a. coi cani, la frequenza delle cisti idatidee in questa regione, ci facevano prendere pure in seria considerazione l'ipotesi che si trattasse di una cisti da echinococco a sede vescico-rettale dando in questo caso alle tumefazioni minori il significato di cisti più piccole o di una adenopatia specifica. A questa ipotesi eravamo a dire il vero assai attratti dalla grande fiducia che indubbiamente merita la reazione di Casoni se positiva e dalla scarsa utilità diagnostica che fornisce invece, in persone di una certa età, la prova tubercolinica. Non riteniamo sia il caso di discutere le considerazioni per cui erano senz'altro da scartarsi i neoplasmi del retto, della vescica, della prostata e del restante intestino; sono esse troppo intuitive per meritare anche un fuggevole accenno. Il nostro a. non aveva peraltro mai sofferto traumi al ventre, non aveva mai subìti interventi operatori e non aveva mai avuto malattie veneree; dovevasi adunque (anche sulla base della R. W. negativa e sulla apiressia completa) escludersi tutta una serie di lesioni quali le cisti ematiche, che per lo più sono di origine traumatica, la sifilide terziaria ed i processi infiammatori cronici a tipo produttivo. Poteva azzardarsi invero l'ipotesi di un processo infiammatorio a tipo neoplastico di cui esistono numerosi casi in letteratura e di cui noi stessi ebbimo occasione di occuparci in un recente lavoro in cui appunto si descriveva un caso che col presente poteva presentare qualche analogia (*Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 1920); la presenza di un certo senso di fluttuazione, l'apiressia completa, la mancanza di dolore alla palpazione del tumore sulla parete addominale, ma più di tutto la sua superfice liscia, la forma nettamente rotondeggiante e ben delimitata ci fecero escludere questa ipotesi che non trovava peraltro appoggio nella forma leucocitaria che di spiccato non presentava altro che un notevole grado di eosinofilia. Non si ritenne opportuno ricorrere a punture esplorative per l'assoluta ripugnanza che abbiamo a ricorrere a questo mezzo diagnostico quando si tratta di organi cavitari specie peritoneali; scartammo infine la presenza di un ascesso ossifluente per la mancanza di un qualsiasi segno patologico a carico della colonna vertebrale in ogni sua porzione. Peggiorando peraltro le condizioni dell'ammalato e prevedendo di dovere entro breve lasso di tempo intervenire con una laparotomia d'urgenza per la creazione di una fistola cecale, proponemmo l'intervento all'a. stabilendo il seguente piano operatorio: con una laparotomia esplorativa ci saremmo reso conto di preziosi dati diagnostici che ci avrebbero permesso di giudicare anche istologicamente in modo quasi sicuro sulla natura della lesione; avremmo inoltre giudicato sulla possibilità o meno di un intervento radicale seduta stante ed infine se fosse mancata la possibilità di un intervento più efficacemente giovevole avremmo conclusa la nostra laparotomia con una fistola cecale che indubbiamente avrebbe migliorato le condizioni del nostro a. essendo indubbio che l'ostacolo alla normale eliminazione delle feci si trovava a livello del retto.

Operazione (16 maggio 1924, prof. Cevario). — Anestesia morfino-etereo-scopolaminica. Posizione di Trendelenburg. Con ampio taglio mediano ombellico-pubico si entra nella cavità addominale; si nota subito la presenza in cavità di modica quantità di liquido limpido libero fra le anse; si conferma pure la presenza di numerose ghiandole infiltrate della grandezza variabile da una noce a quella di un uovo di gallina, dette ghiandole sono a sede mesenterica; previo allacciamento si preleva uno di questi nodi che spaccato in due metà presenta macroscopicamente l'aspetto caseoso tipico delle lesioni specifiche. Isolato colle compresse l'intestino si procede all'esplorazione della tumefazione principale; si confermano esattamente i dati rilevati dall'esame semeiologico: la tumefazione è situata colla sua base assai profondamente, è in parte ricoperta in avanti dalla vescica ed è posteriormente in rapporto col retto, è inoltre in tutta la sua estensione ricoperta dalla fascia prostato-peritoneale; non dimostra di essere in contatto colle parti ossee sacrali; la palpazione della tumefazione, che appare dotata di una forte tensione, conferma il dato, questa volta assai convincente, di una netta fluttuazione. Isolata completamente la tumefazione con compresse si procede ad una puntura esplorativa che dà esito a liquido tipo acqua di rocca. Essendosi a questo punto confermata con dati indiscutibili la diagnosi di cisti idatidea si procede senz'altro alla marsupializzazione della medesima. Si inizia questa parte dell'intervento scollando con ogni cautela la porzione del peritoneo che ricopre la cisti dalla cisti stessa onde dare a questa una maggior mobilità nelle sue pareti e per isolare meglio con questa tecnica il campo operatorio. Si suturano fra di loro i lembi del peritoneo parietale nelle sue porzioni più alte con punti staccati sino al margine della cisti, a livello di questa i lembi del peritoneo parietale si suturano invece coi margini del peritoneo viscerale già inciso e che ricopriva la cisti. Dopo di aver proceduto alla sutura delle pareti addominali sino alla confluenza creata ai due peritonei, collocate cornici di garza a livello delle suture peritoneali, con un grosso trequarti da cisti ovariche si procede alla puntura e al parziale svuotamento della cisti stessa facendo tenere sollevate dall'assistente per mezzo di due pinze Kocker collocate su due pieghe della cisti le pareti della medesima in modo che togliendo il trequarti non avesse, afflosciandosi le sue pareti, a fuoriuscire liquido. Tolto il trequarti con grossa seta si inizia la sutura marsupializzatrice comprendendo la parete cistica (che con le forbici si andava man mano aprendo col procedere della sutura) i muscoli e la pelle; questi punti si lasciano lunghi per favorire (come si vede dall'annessa figura che fu presa in decima giornata dall'operazione) le successive medicazioni. Si ispeziona la cavità della cisti che appare contenere numerose cisti figlie di varie dimensioni, colle pinze si estraggono porzioni della ciste madre poscia con fasce di garza si stipa accuratamente la cavità stessa dopo di averne con compresse estratta la maggior quantità di liquido e di cisti figlie.

Sutura della cute colle agrafes. Medicazione occlusiva. L'atto operatorio che durò circa 40 mi-

nuti fu ottimamente sostenuto dall'a.; nessun segno di reazione peritoneale; già all'indomani la maggior parte dei dolori che lo affliggevano era scomparsa; dopo 36 ore vi fu spontanea evacuazione di notevole quantità di feci. I punti metallici furono tolti in 10ª giornata, quelli in seta sulla cisti e sulle pareti in 14ª. L'a. si mantenne per la maggior parte del tempo occorso per il successivo trattamento apirettico; scomparsi completamente i dolori ed i fenomeni compressivi sul retto la sua nutrizione fu più agevole e ben presto le sue condizioni generali migliorarono; in 60ª giornata gli fu concesso di alzarsi, in 95ª fu dimesso guarito. Unico episodio notevole in questo periodo fu l'insorgenza di una orchi-epididimite suppurata a sinistra che necessitò l'intervento evacuativo ma che guarì in breve tempo.

Il caso clinico che noi abbiamo esposto, per amore di brevità, il più succintamente possibile, si presta indubbiamente a qualche considerazione non priva d'interesse. Di fronte al nostro ammalato la diagnosi di natura si presentava indubbiamente irta di notevoli difficoltà tanto che riteniamo fosse quasi impossibile enunciarne una con piena sicurezza; dati disparati facevano propendere, come già abbiamo detto, il nostro diagnostico fra una cisti idatidea ed un neoplasma stabilitosi su malformazioni congenite sacrali e non è certo per raccogliere postumi allori che confessiamo come la nostra tendenza sia stata sin dall'inizio intesa a dare notevole importanza ai dati che appoggiavano la prima ipotesi tanto che non trascurammo le ricerche relative, prima fra tutte l'intradermoreazione del Casoni che ancora una volta rivelò la sua inestimabile utilità e siamo ben lieti di avere avuta fiducia nel nostro convincimento anche quando aperto l'addome e rinvenuti i segni di una adenopatia che poteva essere facilmente scambiata, per i suoi caratteri macroscopici, per una metastasi neoplastica, ed esplorata parte della tumefazione, situata profondamente fra organi delicati, non cedemmo alla tentazione di praticare una fistola cecale, ma volemmo, sempre sedotti dall'ipotesi di una lesione idatidea, praticare la puntura esplorativa.

Il caso conferma ancora una volta la bontà della tecnica marsupializzatrice nel trattamento delle cisti idatidee; è inutile accennare alla mancanza di ogni possibilità di trattamento in un tempo solo della lesione che forma argomento del presente lavoro; questa tecnica che deve essere riservata a casi eccezionali avrebbe indubbiamente, qualora fosse stata anche solo tentata, esposto il nostro ammalato alle più gravi conseguenze per le vaste superfici peritoneali che si sarebbero scoperte e per il notevole trauma operatorio; è nostra convinzione d'altra parte che oltre che pericolosa detta tecnica sarebbe stata nel nostro caso di una indaginosità sproporzionata allo scopo; è infatti notorio, e su questo argomento noi stessi abbiamo volentieri insistito nelle già citate pubblicazioni, che qualora la marsupializzazione sia praticata in modo da evitare anche il minimo spandimento di liquido cistico in peritoneo si può ritenere come sicura garanzia di rapida guarigione anche di cavità cistiche di grandezza eccezionale. Crediamo utile a questo punto fissare i dati principali della tecnica da noi usata, che è frutto di lunga esperienza, in regioni ove le lesioni idatidee sono assai diffuse. L'incisione cutanea va praticata possibilmente al polo inferiore della tumefazione; se è percettibile la fluttuazione l'incisione può essere praticata a preferenza al disopra di esso; si è sicuri in questo caso di cadere su porzioni cistiche ricoperte da scarso strato di parenchima qualora si tratti di cisti contenute in organi parenchimatosi; a proposito del senso di fluttua-

zione è bene ricordare che, ricercato con tecnica adatta, non manca quasi mai; occorre percepirlo, quando naturalmente la tumefazione è palpabile dall'esterno, colle due dita indice e medio delle due mani distanti pochi centimetri l'una dall'altra; il senso di fluttuazione che si percepisce misto ad un senso di elastica pastosità è caratteristico delle cisti assai tese come d'ordinario sono le idatidee. Non ci riuscì mai di notare il così detto fremito idatideo che riteniamo sintoma illusorio dovuto probabilmente a sfregamenti riferibili a fenomeni di peritonite locale di natura reattiva; questi sfregamenti avemmo spesso occasione di notare specie a carico della capsula di Glisson, una volta anzi il fenomeno era anche percepibile distintamente con la palpazione.

Praticato il taglio delle pareti, scoperta la tumefazione, occorre immediatamente isolare in modo assai stipato con compresse la tumefazione stessa dagli organi circostanti; procedendo infatti alla puntura esplorativa (che va eseguita con ago sottile e lungo) succede sovente che estraendo l'ago, per sostituirlo nei casi positivi col grosso trequarti da cisti ovariche, per la notevole pressione della cisti un sottile getto di liquido fuoriesca dalla piccola apertura, liquido che in questo caso viene assorbito dalle cornici di garza. Introdotto con un rapido e deciso movimento il trequarti evacuativo (munito naturalmente di un tubo di gomma che conduce il liquido cistico in un vaso sottostante al letto operatorio) appena la cisti manifesta segni di afflosciamento si devono collocare due robuste pinze a denti sulle pareti cistiche ed in prossimità del punto in cui fu introdotto il trequarti, dette pinze tenute sollevate dall'assistente evitano lo spandimento di liquido quando, essendosi in parte svuotata la cisti e perciò ridotto il suo volume nonchè rese meno stipate le cornici di garza, si estrae il trequarti; allargata rapidamente e per brevi tratti la breccia colle forbici si collocano i primi punti con grossa seta comprendendo la cisti, l'eventuale strato di parenchima e le pareti a tutto spessore nonchè la cute. Si prosegue poscia alla marsupializzazione facendole assumere quelle proporzioni che si giudicano adatte per poter dominare la cavità. È bene che i fili di seta non siano recisi poichè (come agevolmente si riconosce nella annessa fotografia) nelle successive medicazioni la loro presenza facilita assai il drenaggio della cavità che avviene senza eccessivi sforzi poichè l'apertura viene mantenuta aperta da un assistente potendosi così introdurre la garza senza produzione di emorragia e con minimo dolore da parte del paziente. Le medicazioni successive è bene siano eseguite con alte fasce di garza sterili; è inutile sforzarsi a voler estrarre porzioni cistiche o cisti figlie, la successiva suppurazione elimina ogni cosa, compresa la porzione chitinosa; dopo l'intervento è bene aspettare almeno tre giorni prima di rinnovare la prima medicatura.

È noto che i periodi per cui passa una cisti idatidea marsupializzata per guarire sono tre:

1° periodo. — La cisti non presenta alcuna secrezione, avviene solo la eliminazione del liquido limpido e delle cisti figlie se esistevano, si eliminano pure porzioni cistiche se ne erano rimaste. L'a. è in questo periodo, che in media dura una dozzina di giorni, completamente apirettico e ripiglia rapidamente le sue forze.

2° periodo. — La porzione chitinosa della cisti cade in necrosi ed avviene una notevole suppurazione di tutta la sua parete; il pus denso, giallo, possiede un odore particolare molto simile a quello dell'anidride solforosa; l'a. in questo periodo presenta spesso rialzi termici che sono in rapporto al buono od al cattivo drenaggio della cavità; anche in queste, come in tutte le altre cavità suppuranti, febbre vuol dire drenaggio cattivo, significa ristagno. Se le fasce di garza non riescono a drenare bene si deve ricorrere, per pescare bene il pus in fondo alla cavità, a strisce di garza avvoltolate a sigaro e che vengono introdotte, montate su Klemmer, sino in fondo alla cavità stessa; al livello della bocca anastomotica devono questi rotoli di garza sporgere di quel tanto che è necessario acciocchè non formino tappo e che possano trasmettere alla garza soprastante il prodotto dell'assorbimento capillare. In questo periodo per accelerare il distacco della chitinosa e per limitare il contenuto microbico della cavità sono utili i lavaggi con alcool al formolo (2 %) fatti con un'enteroclisma di cristallo sul cui tubo è montata una grossa Nelaton; introdotta la sonda in cavità è facile, tenendo ad una certa altezza l'enteroclisma, ottenere di lavarla in ogni suo meandro; svuotata la cavità facendo piegare su di un lato l'a. si rinnova il lavaggio sinchè il liquido non riesce limpido, si asciuga la cavità e la si drena secondo il solito. Quando la suppurazione dimostra di avere gravi effetti sulla nutrizione dell'a. abbiamo ricorso qualche volta alla proteinoterapia aspecifica usando con successo il siero normale di cavallo iniettato in dosi di trenta-quaranta cmc. per volta od anche al latte fresco e sterile in dosi di venti o trenta cmc.

3° periodo. — Eliminata tutta la chitinosa la suppurazione diminuisce e la cavità granuleggia. Si inizia così il periodo di maggior responsabilità per chi medica l'a.; è frequente infatti osservare individui che hanno subito operazioni per cisti idatidee e che presentano seni fistolosi

in sede operatoria; queste fistole si protraggono alle volte per anni dando notevole noia ai pazienti ed impedendone spesso le loro attività lavorative; si ricorre allora ad iniezione di alcool lungo il tragitto, si fanno radiografie per studiare il decorso, si provano caustici, si fanno iniezioni di paste occlusive, ma la fistola permane; gli è che essa è indubbiamente sorretta da porzioni di chitinosa situata in fondo alla cavità e che non ebbero il tempo di eliminarsi poichè il chirurgo ha lasciato chiudere troppo presto l'apertura cutanea della lesione; si forma così un tragitto fistoloso profondissimo costituito da tessuto di granulazione torpido, secernente e che ha per stimolo e per origine lembi necrotici idatidei che nessuno potrà ormai più togliere e che si devono eliminare necessariamente in modo lentissimo data la profondità e la piccolezza del calibro della fistola. Ne deriva l'insegnamento che occorre tenere non solo aperta ma fortemente dilatata l'apertura della cavità sino all'ultimo mediante drenaggi stipatissimi e poco profondi. Si ottiene in questo modo di vedere le granulazioni empire perfettamente dal fondo la cavità, la secrezione si riduce quasi a zero e si ottiene infine una cicatrice cutanea data dai bordi della ferita i quali non si saldano fra di loro ma si congiungono con un sottile ponte epidermico che alla cicatrice dà un aspetto stellato; quest'aspetto si modifica in breve tempo per il riassorbimento del tessuto di granulazione che in parte scompare ed in parte è sostituito da tessuto fibroso. Non occorre diffondersi sull'utilità di ottenere una siffatta cicatrice che permette ottimamente in secondo tempo, qualora si manifestino sventramenti, la sistemazione delle pareti con una plastica adatta.

Il caso da noi illustrato offre, oltre le sue difficoltà diagnostiche ed operative, un notevole interesse anche dal punto di vista della speciale localizzazione della lesione. Non ci è stato possibile trovare infatti in letteratura un caso simile nè detta localizzazione ha riscontro nelle migliori tabelle statistiche che noi abbiamo già citate nei nostri lavori che trattavano un argomento affine. Non è possibile con esattezza peraltro giudicare da quale preciso punto abbia avuto origine la cisti: situata nettamente tra la vescica ed il retto dimostrava uno sviluppo dal basso all'alto, sviluppo che tendeva a fare assumere alla cisti una forma ovoidale rendendola così palpabile anche attraverso le pareti addominali. In linea di pura ipotesi crediamo sia lecito supporre che il punto di partenza si trovasse in una vescichetta seminale ed a questa ipotesi siamo indotti dall'insorgenza della orchiepididimite suppurata nel periodo di maggior suppurazione della cavità cistica; farebbe questo fatto ritenere che esistesse fra le vie spermatiche e la cisti stessa una comunicazione: la successiva infezione purulenta, dell'epididimo prima e del didimo poi, sarebbe avvenuta così per diretta propagazione attraverso il deferente del materiale settico cavitario.

La nostra osservazione adunque, per più motivi interessante, va aggiunta ai casi rarissimi di localizzazione idatidea considerandola assai più rara di quanto non siano le stesse localizzazioni spleniche, cardiache, oculari ed epiploiche che pure sono le più rare a riscontrarsi.

MEDICINA SOCIALE.

Sifilide da infortunio sul lavoro.

Dott. prof. SALVATORE DIEZ, libero docente.

Nei rapporti tra infortunio e sifilide possono verificarsi le seguenti evenienze:

1) L'inoculazione della spirochete può avvenire, per cause inerenti al lavoro, attraverso a lesioni traumatiche;

2) Lesioni traumatiche da infortunio in soggetti sifilitici possono assumere decorso atipico e più grave, dando luogo a conseguenze che di solito non si verificano nei soggetti normali;

3) In seguito a traumi da infortunio possono manifestarsi, in soggetti sifilitici, localizzazioni di sifilide terziaria nelle regioni colpite.

In altro lavoro (*Policlinico*, Sezione Chirurgica, 1922) mi sono occupato dei casi di cui al punto 2° e 3°; tratterò ora brevemente della sifilide primitiva contratta per causa dell'infortunio.

Dopo la identificazione fra causa violenta e causa virulenta, ormai sancita dalla giurisprudenza, non vi è dubbio che anche l'immissione accidentale di germi virulenti nell'organismo, seguita da violenta esplosione della malattia, rientri fra quelle condizioni che la legge prescrive perchè abbia vita la figura dell'infortunio.

Quando, perciò, l'inoculazione delle spirochete avviene nell'organismo « in occasione di lavoro » vale a dire per effetto di circostanze direttamente o indirettamente legate al lavoro, si ha infortunio.

L'inoculazione dell'agente infettante può avvenire o direttamente, a mezzo del corpo stesso che ferisce, o indirettamente, sia per contatto di lesioni traumatiche, comunque riportate, con strumenti di lavoro o con materie infette usate per ragioni di lavoro, sia per contatto accidentale di soluzioni di continuo riportate per infortunio con materiale infettante.

Rientrano nel primo gruppo i casi di infermieri, settori, inservienti di laboratori, che si feriscano con strumenti infetti da spirochete, e la sifilide del baliatico prodotta a mezzo di lesioni causate nel capezzolo col trauma del succhiamento, da parte di bambini affetti da sifilide boccale.

Nella letteratura medica sono registrati casi di sifilide contratta a mezzo di morsicature. Fraudet (*Tunis méd.*, n. 3, 1921) descrisse un caso di ulcere multiple primitive comparse in un dito un mese dopo una morsicatura da parte di soggetto sifilitico. Interessante è, per il meccanismo di inoculazione, un caso osservato da Gaviati (*Riforma Medica*, n. 9, 1921); si trattava di un soldato che, venuto a rissa con un compagno, in una prima fase della lotta riportò graffiature sul dorso della mano destra; in seguito assestò con la stessa mano un pugno sulla bocca dell'avversario, che sanguinò. Dopo pochi giorni comparvero sifilomi nei punti della mano che erano rimasti abrasi; risultò che nella bocca dell'avversario che aveva ricevuto il pugno esistevano lesioni sifilitiche in atto. Potendo evenienze simili verificarsi anche in occasione di risse causate per ragioni di lavoro, e che giuridicamente rivestano i caratteri di infortunio, è necessario tenerle presenti.

Quella dei vetrai è l'esempio più frequente di sifilide da infortunio. Essa si contrae per contatto di piccole soluzioni di continuo delle labbra, o prodotte negli sforzi fatti nel soffiare, o preesistenti per altre cause, con cannule da soffiamento contaminate da spirochete per parte di altri operai.

Alla stessa categoria appartiene la sifilide contratta da medici e levatrici nelle esplorazioni vaginali. Blanschko ha descritto il caso di un medico che contrasse la sifilide per essersi grattato inavvertitamente il viso con le dita che precedentemente avevano eseguito un'esplorazione vaginale. Casi del genere, quando si tratti di persone assicurate contro gli infortuni, rientrano sotto la protezione della legge, anche se esista imprudenza o mancanza di cautela da parte dell'assicurato.

Quantunque l'evenienza sia rara a verificarsi nella pratica, tuttavia è opportuno ricordare, come casi costituenti infortunio, quelli in cui un individuo che sia affetto da lesione di continuo riportata per causa del lavoro, contragga successivamente l'infezione durante la cura di essa, sia a mezzo di strumenti chirurgici, che di materiale infetto usato nella medicazione. Costituirebbe infortunio il caso di un individuo che, riportata una ferita sul lavoro, si inoculasse la sifilide facendosi succhiare la ferita stessa da parte di un compagno affetto da sifilide boccale. Un caso simile, per quanto riguarda la tubercolosi, fu descritto recentemente dal Robineau.

È stato discusso se un operaio che per infortunio sul lavoro abbia riportato una lesione in una data parte del corpo, e la infetti successivamente con le spirochete in seguito a contatti voluttuosi, abbia diritto al trattamento di legge anche per le conseguenze derivate dall'infezione. Il Pisenti, in un caso da lui pubblicato, conclude negativamente, escludendo che nella fattispecie si possano riconoscere le cosidette « concause susseguenti ». Egli dice che c'è molta differenza fra infezioni purulente che possono complicare il decorso d'una ferita, e infezione sifilitica: le prime possono essere accettate come conseguenza di infortunio perchè l'inoculazione si è potuta produrre per mezzo di germi che in qualsiasi momento si possono trovare sia sugli strumenti da lavoro che sugli abiti, sulla pelle, nel materiale di medicazione, nell'ambiente stesso in cui vive il ferito; i microorganismi della sifilide, invece, non si trovano che nei focolai sifilitici o su materie venute direttamente a contatto con essi; solo quando con questi l'operaio viene a contatto per ragioni di lavoro, si può parlare di conseguenze dell'infortunio.

Dello stesso avviso è il Marechaux: egli considera, in questi casi di infezione sifilitica secondaria ad atti voluttuosi, la malattia dovuta a colpa, da escludersi dal risarcimento.

Due casi del genere furono anche descritti e discussi da Juillard e Patris.

La magistratura italiana ha recentemente pronunziato il suo giudizio nella questione (Tribunale di Grosseto, 25 agosto 1923, causa Mataloni contro Cassa Nazionale Infortuni). Si trattava di un operaio che assumeva di aver riportato sul lavoro una lesione di continuo nei genitali, contagiatosi poi di sifilide nei rapporti sessuali.

Il Tribunale ha sentenziato che « se l'infezione sifilitica sia contratta indipendentemente dal lavoro per la preesistenza d'una lesione prodottasi per causa violenta in occasione del lavoro, ma ciò avvenga per colpa dell'operaio, non può riconoscersi un nesso etiologico fra la lesione preesistente e la successiva infezione ».

Questo giudizio a me pare risponda completamente allo spirito della legge degli infortuni sulla interpretazione della « occasione di lavoro ». Non è, infatti, la colpa dell'operaio per se stessa, come vorrebbe il Marechaux, che escluderebbe la indennizzabilità della lesione sifilitica, ma la mancanza assoluta di nesso, sia diretto od indi-

retto, fra il lavoro e l'inoculazione delle spirochete.

A prescindere, infatti, dalla considerazione che la legge degli infortuni priva dell'indennizzo solo i casi di malattia dovuti a *dolo* dell'assicurato, io non trovo alcuna differenza fra la colpa e l'imprudenza d'un medico che compie un'esplorazione vaginale senza prendere le normali precauzioni suggerite contro le infezioni, e quella di un operaio che, ferito, si accoppi con una donna che, per quanto venere da strapazzo, non deve essere sicuramente sifilitica, e contragga l'infezione. L'occasione di lavoro, invece esula dal secondo contagio, mentre esiste nel primo caso.

Le condizioni cliniche e medico-legali che devono esistere perchè la sifilide possa essere ritenuta causata da un trauma o da altre circostanze inerenti al lavoro sono le seguenti: la prova sicura che o il corpo feritore o le materie che vennero a contatto con una ferita contenessero il germe specifico; la comparsa della manifestazione sifilitica nel punto traumatizzato; l'esistenza d'un congruo intervallo di tempo fra il momento in cui si ritiene avvenuta l'inoculazione e quello in cui compare il sifiloma.

L'infezione sifilitica non può contrarsi alla stregua di altre infezioni microbiche i cui germi si trovano nell'ambiente in cui viviamo. La spirochete pallida ha vitalità limitata all'infuori dell'organismo che la contiene; essa non può trovarsi casualmente su uno strumento o su un dato materiale, come vi si possono trovare altri germi infettivi comunemente esistenti nell'ambiente; occorre perciò il contatto diretto del materiale con i focolai in cui il microrganismo è contenuto.

Che il sifiloma iniziale debba comparire nel punto ove è avvenuta l'inoculazione per occasione di lavoro è un fatto clinico che non ha bisogno di dimostrazione; è una condizione adunque questa indispensabile per il giudizio di nesso, e che da sola basta ad escludere tutti i casi in cui l'infezione è avvenuta per altre circostanze non legate con il lavoro.

L'intervallo fra l'epoca in cui si ritiene avvenuta l'inoculazione, e la data dell'apparizione del sifiloma è di per sè circoscritto dal periodo noto di incubazione della sifilide; esso è, secondo Thibierge, di 25-30 giorni in media, con un minimo raramente inferiore a 13 ed un massimo sperimentalmente constatato di 42 giorni.

Quando, adunque, sia dimostrato che l'inoculazione della sifilide è avvenuta in occasione di lavoro, che esiste corrispondenza fra il punto della presunta inoculazione e la comparsa del sifiloma, che fra questi due fatti esiste un intervallo corrispondente a quello indispensabile per l'incubazione, l'infortunio deve ammettersi.

COMMENTI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA MEDICA DELLA R. UN. DI MODENA

A proposito della «aplasia delle vene sovraepatiche con persistenza della vena ombellicale».

Prof. T. SILVESTRI, già aiuto.

Il Bastai della Clinica del Micheli, dopo aver riassunto in un bellissimo lavoro lo stato delle nostre cognizioni in argomento, basandosi in ispecie sulle osservazioni del Vanzetti e sue personali, arriva alle seguenti conclusioni (in *Policlinico*, S. M., n. 1, 1925).

1) Nei casi di aplasia congenita delle vene sovraepatiche, non solo ma anche in casi di obliterazione totale o parziale delle vene sovraepatiche verificantisi durante la vita intrauterina, si ha una persistenza della vena ombellicale secondaria, consecutiva.

2) In tutti questi casi si produce infatti una stasi, la quale si fa sentire oltre che nel campo portale anche in quello della vena ombellicale, stasi capace di ostacolare il normale processo di obliterazione di questa, per il fatto che il sangue portale troverà in essa una facile via di deflusso per raggiungere il circolo generale.

3) Mentre la vena ombellicale in tutti questi casi rimane pervia, costante è invece l'obliterazione completa del dotto venoso d'Aranzio, fatto del tutto oscuro, perchè sarebbe da aspettarsi che risentendo ugualmente gli effetti della stasi, tanto durante la vita intrauterina che dopo, dovesse rimanere ugualmente pervio.

Mi sia permesso un breve commento a queste conclusioni, chè dell'argomento «persistenza della vena ombellicale» mi occuperò diffusamente in una delle prossime sedute della Società Medica chirurgica nostra.

Come è noto, la vena ombellicale, che raccoglie le numerose vene che si formano dai capillari della placenta, arrivata nel ventre del feto si divide subito in due rami, dei quali l'uno, che ne è la continuazione, va a sboccare a pieno canale nella Cava Inferiore (canale venoso di Aranzio), l'altro più piccolo va a distribuirsi nel fegato, seguendo i capillari comuni al sangue portale (che vi giunge in quantità molto scarsa dagli organi digerenti) e passa per l'intermediario delle vene sovraepatiche nella cava stessa.

Ora se vi è aplasia di queste vene sovraepatiche, o sono comunque parzialmente o totalmente obliterate, si potrà ammettere col collega Bastai che si abbia una stasi nell'albero portale; stento però ad accettare che dessa debba farsi sentire in maniera spiccata anche in tutto il territorio

della vena ombellicale fino alla placenta, quando questa vena ha una via di deflusso così facile nella C. I. attraverso il dotto venoso di Aranzio.

Ma ammettiamo pure per un momento che gli effetti della stasi portale siano spiccati nella vena ombellicale: alla nascita, naturalmente, colla legatura e taglio del cordone ombellicale verificar devesi di botto un'aspirazione del contenuto e quindi un afflosciamento della restante vena ombellicale; e se rigurgito vi ha del sistema portale, certo è al dotto venoso di Aranzio cui spetta l'ufficio di scarico, ufficio che gli riescirà facile, date le speciali condizioni della V. C. I. nel punto di sbocco del medesimo.

Invece, ed è lo stesso Bastai che mette in netto rilievo il fatto, il canale venoso di Aranzio in tutti i casi è stato trovato completamente obliterato, fatto che è rimasto incomprensibile sia al Bastai, che agli autori che l'hanno preceduto, se ben ho colto nel segno.

Nè si può obbiettare che il canale venoso di Aranzio rimane pervio fino a quando nel *processo di cicatrizzazione del cordone ombellicale in corrispondenza della regione omonima, si siano stabilite, per neoformazioni di vasi, comunicazioni fra la vena ombellicale, che per la stasi persistente non va incontro al normale processo di obliterazione, ed i vasi della parete addominale, comunicazioni che a poco a poco si amplificano fino a raggiungere una insolita ampiezza proporzionata al grado della stasi ed alla sua durata indefinita*: da questo momento si oblitera, chè manca ogni ragione di sua persistenza.

A parte infatti che il canale venoso di Aranzio è l'intermediario naturale fra vene epatiche e sovraepatiche: a parte che in casi di bisogno per ostacolo grave allo scarico del sangue portale è stato trovato pervio, facendo difetto la persistenza della vena ombellicale; a parte che per il formarsi, se pur è possibile, delle comunicazioni fra vena ombellicale e vene della parete addominale, cui abbiamo accennato, attenendoci *ad litteram* ai concetti di Bastai, occorrono certamente settimane, durante le quali la vena ombellicale non può sfuggire al processo naturale di obliterazione; non bisogna dimenticare che con tale ipotesi andremmo contro ad una legge fondamentale di biologia: del massimo rendimento col minimo sforzo: la natura infatti convoglierebbe questo ipotetico sangue refluo portale attraverso una via lunga, disagiosa, di nuova formazione, mentre ne ha a disposizione una che si presta mirabilmente allo scopo.

Lo scarico poi di tutto il sangue refluo dal fegato per la porta, come pretende il Bastai, verrebbe a rappresentare un grave ostacolo al sangue arterioso che gli invia la vena ombellicale, e quando pensiamo che le vene dell'arteria epatica, della cistica costituiscono altrettante radici interne della porta, noi ci accorgiamo facilmente, che se così fosse, verrebbe a mancare al fegato una grandissima parte del pabulum di cui abbisogna per l'enorme e rapido sviluppo del periodo fetale.

Ecco perchè sempre in omaggio alle leggi biologiche, amo cercare altrove la soluzione del problema. Le vene porte accessorie, è pacifico, che quando il bisogno si presenti, da vasi afferenti diventano efferenti, riuscendo così a mitigare, non che a neutralizzare, gli effetti di ostacoli imponenti del circolo portale.

Se quindi anomalie di sviluppo, o altri fattori intervengono nella vita endouterina a perturbare il circolo del fegato nel senso accennato, è ovvio ammettere che *queste porte accessorie*, in periodo di sviluppo, potranno essere più facilmente adattate alle esigenze del caso, e quindi svilupparsi in maniera da mitigare in gran parte, non che elidere, gli effetti dell'aplasia e della obliterazione totale o parziale delle vene sovraepatiche, tanto da latentizzare anche casi gravissimi.

A questo proposito è ormai nota l'importanza del V gruppo delle porte accessorie, composto cioè di venuzze, che circondano il cordone ombellicale anastomizzandosi fra di loro, venuzze che mentre alla periferia si anastomizzano colle vene epigastriche, mammarie, centralmente, come le ricerche di Sappey ne fanno fede, comunicano direttamente colla porta.

Ora la venuzza, dice Sappey, il cui sbocco corrisponde alla branca sinistra della porta, sarebbe quella che in casi di grave stasi portale per prima si dilaterebbe e colla massima intensità, e così per calibro, posizione, direzione verrebbe a rappresentare la vena ombellicale, e per tale sarebbe stata scambiata.

In difetto di criteri diretti per distinguere una vena ombellicale persistente nell'adulto, da una vena porta accessoria dilatata, e fino a quando ricerche fatte in feti, in neonati non abbiano fatto luce sull'argomento, parmi che la tesi del Sappey sia meglio rispondente, o per lo meno presti meno il fianco alla critica.

Modena, 18 febbraio 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO E VIE BILIARI.

Contributo alla patologia e diagnostica della colelitiasi.

(LANDGRAF. *Beitr. kl. Ch.*, 132, 22 febbraio 1925).

Lo studio consiste nel ricercare il valore pratico di quei mezzi di indagine clinica che furono consigliati nel passato decennio, che sono: chimismo gastrico, sondaggio del duodeno, seguito da esame microscopico, batteriologico e chimico del liquido estratto, e crisi emoclasica. Il materiale di ricerca fu fornito dai colelitiasici operati nella II Clinica chirurgica di Budapest, durante il 1923.

Chimismo gastrico. — In 48 casi esaminati, dopo la colazione di prova di Ewald, 10 volte si trovò anacidità, 20 ipoacidità, 15 acidità normale, 3 iperacidità.

Sondaggio del duodeno. — Fu eseguito mediante la sonda di Einhorn, che in un'ora, un'ora e mezza, nel più dei casi raggiunse il duodeno. L'arrivo della oliva della sonda in sito veniva constatato alla radioscopia. Ma il radioscopio serviva anche a rivelare il decorso della sonda stessa, e, per suo mezzo, il decorso del duodeno, la sua forma, la sua situazione: da che si poterono trarre importantissime conclusioni diagnostiche. Le affezioni della cistifellea spesso determinano aderenze periduodenali e quindi inginocchiamenti nel decorso della sonda.

Giunta la sonda nel duodeno, si ricavava da prima succo duodenale puro, alcalino, giallo-oro. Il succo gastrico che di tanto in tanto passa nel duodeno, vi determina intorbidamento del succo duodenale, precipitazione che l'acido cloridrico produce nei sali degli acidi biliari. Perciò, ad evitare cause di errore, l'A. eseguì le sue ricerche soltanto su succo duodenale di chiarezza cristallina. La maggior parte del succo duodenale ordinariamente ottenuto, risulta di così detta bile epatica, fluente in continuazione. Ottenuto questo succo chiaro, l'A. introduceva 20 cmc. di soluzione di peptone al 10 % e ricercava, nella eventuale estrazione di bile densa, scura, il così detto riflesso del peptone, cioè la contrazione della cistifellea che producesse versamento, nel duodeno, di questa bile scura in essa contenuta. Il riflesso fu positivo in 30 casi, negativo in 14.

Dei 30 casi a riflesso positivo, si constatò all'atto operatorio che uno solo presentava il cistico chiuso, 29 avevano viabilità completa della cistifellea e del cistico. Dei 14 a riflesso negativo, 10 confermarono all'operazione che la cistifellea non si poteva vuotare, in 3 la cistifellea non si vuotava che assai incompletamente, impiccolita e riempita com'era di calcoli, e solo un caso non confermò al tavolo operatorio la mancanza del riflesso al peptone.

Controlli eseguiti su individui a cistifellea sana dimostrarono un riflesso del peptone nettamente positivo, mentre in due colecistetomizzati il riflesso fu negativo.

Il riflesso della cistifellea, al peptone, si dimostrò quindi — in generale — un mezzo soddisfacente per rivelare lo stato funzionale ed anatomico della cistifellea.

Rapporto fra risultati del riflesso e tasso acido dello stomaco. — Nei 10 casi di anacidità il riflesso fu sempre negativo. Dei 20 di ipoacidità, 10 presentarono il riflesso positivo, 10 negativo. Dei 15 ad acidità normale, 8 avevano il riflesso negativo, 7 positivo. Nei 3 con iperacidità, il riflesso fu sempre positivo.

Dato questo accordo poco stretto fra i due generi di fenomeni, l'A. conferma il fatto che nelle colelitiasi si può stabilire in generale una diminuzione della secrezione gastrica, ma non ne sa dare una spiegazione sufficiente (nè mettendola in rapporto con una insufficiente funzione, nè con alterazioni infiammatorie delle vie biliari).

Esame microscopico. — Ricerche eseguite sulla bile della cistifellea, dopo operazione, dimostrarono in molti casi che il reperto microscopico del succo duodenale è poco attendibile. Leucociti furono trovati relativamente di raro: in 5 casi: 2 nella bile della cistifellea, in casi di cistifellea infiammata ed a riflesso peptonico positivo, 3 nella bile del fegato a riflesso peptonico negativo, mentre in molti processi più gravi non si trovarono punti leucociti. L'origine delle cellule epiteliali staccate, per lo più è assolutamente impossibile a stabilirsi, e il reperto di tali cellule non trova riscontro nel reperto operatorio. Ciò è anche facile a comprendersi quando si pensi che le cellule, giunte nell'intestino, facilmente vi vengono digerite, percui, sotto il microscopio, appena se ne riconoscono dei frammenti.

Esame batteriologico. — Il reperto batteriologico del succo duodenale fu positivo in 33 di 40 calcolosi delle vie biliari, vale a dire nell'82.5 %. E in casi di ipo- e di ana-acidità gastrica la flora batterica era indubbiamente più ricca che in casi di acidità normale. Più frequentemente furono trovati colibacilli, e bacilli gram-negativi, inoltre, cocchi gram-positivi, streptococchi fecali, stafilococchi e diplococchi simili al pneumococco, ma si trovarono anche sarcine, provenienti dallo stomaco, e in tre casi, bacilli fusiformi indubbiamente discesi dalla bocca.

Esame chimico. — Fu ricercato al colorimetro il contenuto di bilirubina della bile del fegato e della bile della cistifellea. Già dal comportamento

di questi due contenuti si può arguire sulla riuscita positiva o negativa del riflesso peptonico. Ma, messo poi in relazione col tasso bilirubinico del sangue, può permettere di interpretare la natura ematica o epatica di certe forme di ittero. E la distinzione fra bilirubina del sangue e bilirubina della bile si fa in base al principio che per la prima la diazoreazione avviene soltanto in mezzo alcoolico, mentre la seconda la dà direttamente, anche in soluzione acquosa.

Crisi emoclasica. — Somministrati a un soggetto sano, a digiuno, 2-300 cmc. di latte, si vede, dopo un'ora e mezza, una leggera leucocitosi, aumento della pressione sanguigna, aumento dell'indice refrattometrico, diminuzione della coagulabilità del sangue. In caso di alterazione funzionale del fegato, che facilmente si stabilisce a seguito di malattie delle vie biliari, si ha il contrario: leucopenia transitoria, diminuzione della pressione sanguigna, abbassamento dell'indice refrattometrico, aumento della coagulabilità del sangue. Ora riferendoci soltanto al comportamento dei leucociti, la crisi emoclasica si presentò positiva in 18 su 22 casi controllati operatoriamente.

Concludendo: nelle litiasi biliari, specialmente se datanti da lungo tempo, si riscontra diminuzione della secrezione gastrica: che in una parte dei casi sembra essere l'alterazione primaria, alla quale verosimilmente si associa in secondo tempo la malattia delle vie biliari per il forte aumento di flora batterica che questi casi presentano nel duodeno.

La sonda di Einhorn è un mezzo prezioso di ricerca, quantunque non molto adatto alla pratica ordinaria, specialmente in riferimento al riflesso peptonico e al tasso bilirubinico del succo duodenale e del siero di sangue.

L'esame microscopico e batteriologico del succo duodenale non ha valore pratico.

La crisi emoclasica è, nella maggioranza dei casi, un mezzo diagnostico prezioso per la determinazione della funzione epatica.

B.

Lesioni del fegato
(Contributo alla questione dell'atrofia epatica).

(A. MÜHLING. *Deutsche med. Woch.*, n. 32, 8 agosto 1924).

I varii argomenti relativi alla questione della atrofia del fegato (etiologia, ricambio materiale, quadro sintomatico) non sono ancor oggi del tutto chiariti.

L'affezione in questi ultimi anni, sopratutto nel nord della Germania, è stata segnalata con molto maggiore frequenza. Gran parte degli infermi proveniva dalle truppe: talvolta si ebbe riunione di più casi con caratteri di piccoli focolai epidemici.

Quali le cause di tale aumentata frequenza? Non sono ancora precisate. Non si può peraltro negare che le ristrettezze del regime alimentare di guerra abbiano potuto esercitare nella massa della popolazione un'influenza nociva anche sul fegato e sulle sue funzioni. Il deficiente afflusso di materiale nutritivo avrebbe in determinati casi potuto togliere la capacità di resistere agli agenti nocivi, annullando in tutto o in parte la stessa funzione svelenatrice dell'organo.

Un punto centrale nella questione dell'atrofia del fegato occupano la sifilide e il salvarsan. Quanto alla prima, pur non potendo certo ritenere legati alla sifilide tutti i casi di atrofia del fegato, ad essa spetta tuttavia una parte non trascurabile nell'etiologia dell'affezione. Nel complesso delle osservazioni riferite dai varii AA., la sifilide viene posta in causa nelle seguenti proporzioni: 4:29 (Seyffarth); 7:18 (Herxheimer); 18:29 (Umber).

Nei casi di atrofia del fegato di origine luetica sembra peraltro che il momento efficiente sia dato, più che dalla spirocheta da sola, dai prodotti tossici del suo disfacimento e dal loro accumulo.

Quanto al salvarsan è probabile che in molti casi esso unisca la sua azione a quella della sifilide, esaltando la virulenza delle spirochete, oppure mettendone in libertà, in seguito ad uccisione massiva, i rispettivi veleni. Del resto numerosi AA. rilevano a tal proposito che il salvarsan da solo non ha mai provocato nei sani caso alcuno di atrofia del fegato. Wechselmann e Wreschner esortano, anche nei casi di ittero, alterazioni epatiche e disturbi gastro-intestinali insorgenti durante una cura salvarsanica, a non tralasciare ricerche dirette a svelare l'eventuale presenza di altre infezioni quali, ad es., il tifo e la malaria.

Il caso riferito dall'A. riguardava una donna 38enne, sifilitica da 5 anni e già curata con più serie di iniezioni salvarsanico-mercuriali bene tollerate. Permanendo la r. W. positiva, la p. praticò ed ultimò, senza disturbi di sorta, una nuova cura simile alle precedenti.

Due mesi dopo r. W. +; in tale epoca comparivano pallore, ittero e insieme febbre (38°.5): la cute assumeva in breve colorito verde-olivastro, le feci divenivano argillose, poscia però tornavano normali. Nel sangue si stabiliva rapidamente una grave anemia con contemporaneo aumento di volume della milza: presenza di pigmenti biliari nel siero e nelle urine; in queste ultime abbondanti tracce di tirosina. Il fegato da principio appariva ingrandito, poscia subiva una lenta diminuzione di volume prima a carico del lobo sinistro, poi anche del destro: da ultimo la percussione non dava più segni della presenza del-

l'organo. I sintomi generali, lievissimi per un lungo periodo, col progredire dell'intossicazione epatica divenivano a poco a poco gravi fino a che, dopo circa due mesi di degenza, la p. decedeva in coma.

L'autopsia e l'esame istologico davano quali principali reperti una cirrosi d'alto grado a carico del fegato accompagnata da proliferazione dei dotti biliari e estesa degenerazione grassa del parenchima. Ai reni le note di una nefrite tubulare con incipiente degenerazione grassa: alla milza iperemia da stasi con forte deposito di pigmento ematico.

Il caso di per sè non è sufficiente a risolvere il quesito se la sifilide da sola o in unione col salvarsan abbia prodotto il quadro morboso. È notevole tuttavia il fatto che di 12 pazienti trattati nello stesso periodo di tempo con cura mista mercuriale-arsenobenzolica (Cyarsal + Neosalvarsan), 7 presentarono forti reazioni consistenti in cefalea, vertigini, vomito, brividi, febbre. Escludendo, o per lo meno ritenendo assai improbabile, di dover attribuire tali fenomeni a difetti di fabbricazione del farmaco, provenendo le fiale di Neosalvarsan usate da serie e imballaggi differenti, sembra piuttosto all'A. che pel presentarsi cumulativo di tali disturbi, durante o al seguito di cure salvarsaniche, debbasi attribuire importanza decisiva alla presenza di una speciale predisposizione di natura locale o temporale. Analogamente nel caso descritto dovrebbe pensarsi alla presenza di una predisposizione da parte del fegato legata alla sifilide: nonostante estesi tentativi di rigenerazione, essa apportò da ultimo un annullamento completo della funzione dell'organo.

M. AGOSTINI.

PELLE.

Le anomalie congenite della pelle.

(VÉYRIÈRES e GUIBERT. *La Presse médicale*, 8 aprile 1925).

« Possono dirsi normali quei tegumenti che per cause irritanti di poca intensità, si comportano come quelli della grande maggioranza degli individui ». (Brocq. Cliniques Dermatologiques).

Alcuni tegumenti invece, anche ad una semplice ispezione, possono mostrare una minorata resistenza e far prevedere le loro probabili modalità di reazione di fronte ad agenti esterni od interni.

Gli AA. descrivono tre varietà di tegumenti congenitamente anormali, varietà che tutti i giorni ci è dato di osservare:

a) cute troppo secca;

b) cute grassa con esagerata secrezione sebacea;

c) cute iperidrosica con abbondante secrezione acquosa.

Il genere di vita ed il regime alimentare hanno una influenza non indifferente sulla cute cosicchè si sconsiglieranno gli alimenti grassi ai seborroici mentre per gli xerodermici l'olio di fegato di merluzzo sarà uno degli alimenti più indicati.

Cure locali. — La cute xerodermica deve essere sempre ingrassata con pomate preferibilmente a base di lanolina come ad es.:

lanolina gr. 15;
glicerina gr. 8;
vaselina gr. 20;
acqua gr. 60.

Tale pomata è indicata anche perchè può essere tolta semplicemente con acqua, senza bisogno di sapone che per lo più è mal tollerato dalla cute xerodermica. Saranno utili i bagni salvo a praticare, dopo, una unzione generale se la pelle sarà divenuta troppo arida. Sarà anche bene nei soggetti xerodermici tentare di provocare la traspirazione poichè se è vero che la funzione non crea l'organo è lecito sperare almeno che ne aiuti lo sviluppo.

La cute seborroica invece deve essere continuamente digrassata ed a tal fine corrispondono bene le frequenti saponate praticate con qualsiasi sapone, escluso quello di lisciva.

Nei giovanetti seborroici corrispondono molto bene i bagni solforosi: questi però non debbono essere preparati come di solito, con il fegato di solfo che riesce quasi sempre irritante, ma soltanto con il monosolfuro di sodio, alla dose di circa 50 gr. per un bagno di 200 litri, che è anche ottimo parassiticida, oltre che antiseborroico.

La pelle seborroica ritrarrà anche beneficio dall'applicazione di polveri minerali alle quali sarà bene aggiungere del solfo a seconda della tolleranza del paziente.

Per quanto riguarda l'iperidrosi bisogna distinguere le forme localizzate, sia pure estesamente, che possono dipendere da un'azione nervosa (vago) e sono raramente congenite, dalla forma generalizzata che sembra essere la conseguenza di una speciale disposizione congenita della pelle.

Tale stato d'iperidrosi può, per macerazione della cute, favorire l'attecchimento d'infezioni dall'esterno; per altro eccettuato tale inconveniente la cute iperidrotica è per lo più meno soggetta delle altre a notevoli inconvenienti. Non si conosce del resto nessun mezzo veramente efficace per modificare seriamente l'iperidrosi cutanea ed in ogni modo non si deve mai limi-

tare la quantità delle bevande nella speranza di far diminuire il sudore, perchè questo metodo è privo di risultati e può favorire invece la formazione di calcoli vescicali.

Cure interne. — L'arsenico e lo zolfo sono i due grandi rimedi dermatologici, il primo per la pelle xerodermica, il secondo per la seborroica. Per la iperidrosi invece la belladonna ed i suoi alcaloidi, danno risultati ben scarsi, qualche volta nocivi.

Si è concordi nell'ammettere che lo zolfo fa parte di alcuni nostri tessuti e che si elimina in minime quantità per i bronchi e per la pelle: sono perciò da consigliarsi le dosi piccolissime, di frequente ripetute, che eliminandosi potranno forse modificare in tal modo le qualità congenite della pelle meglio che per applicazioni esterne.

Per l'arsenico, che si elimina attraverso la pelle, fissandosi su alcuni elementi di essa, si è concordi nel riconoscere che è un forte modificatore della funzione epidermica.

I buoni risultati della somministrazione modica e prolungata dell'arsenico nella ittiosi vera (ai bambini 1-2 millig. secondo l'età, in serie di cure di venti giorni ciascuna, separate da almeno un mese di riposo e ripetute per anni) sono talmente evidenti da giustificare i disturbi che può provocare una cura così prolungata.

V. MONTESANO.

L'eritema nodoso.

(LENDON. *British medical Journal*, 4 aprile 1925).

L'eritema nodoso non è una semplice affezione cutanea, ma una infezione generale acuta con il suo periodo prodromico, una fase eruttiva ed infine la convalescenza.

Il periodo prodromico è caratterizzato da uno stato di malessere, cefalea, dolori alle articolazioni, senso di stanchezza e di peso agli arti, febbre fino a 39°,5. Talvolta si hanno lievi fatti tonsillari, catarro naso-faringeo o tracheo-bronchiale e più raramente disturbi intestinali. In questo periodo non è possibile un'esatta diagnosi, a meno che insieme agli altri sintomi non si osservino flittenule oculari, che possono indirizzare sulla giusta via. Il periodo prodromico dura in media una dozzina di giorni, ma può prolungarsi anche fino a 17 giorni.

La diagnosi esatta di solito non può porsi se non quando compare l'eruzione. Questa è caratterizzata da macchie eritematose con noduli di forma ovale con l'asse più lungo in direzione parallela agli arti. La sede di predilezione è costituita dalle gambe, ma possono essere colpiti anche tutti gli arti inferiori e superiori, il tronco, il collo, la faccia. La durata dell'eruzione varia da pochi giorni a qualche settimana. Poi i noduli si appiattiscono e diventano ecchimotici, la pelle si raggrinza, compare una leggera desquamazione, ma non si ha mai suppurazione o ulcerazione, eccezionalmente si ha qualche pustoletta da infezione stafilococcica. Talvolta le pustole compaiono precocemente, così che contemporaneamente si hanno tutte le fasi dell'eruzione.

Durante il periodo eruttivo i sintomi generali, quali la febbre e lo stato tossiemico, di solito sono meno gravi che durante il periodo prodromico, a meno che l'esantema non sia straordinariamente diffuso.

Talvolta compaiono strie o punti emorragici sotto le unghie delle mani e dei piedi. Si hanno flittenule sulla congiuntiva bulbare e palpebrale. Questo sintoma è molto costante e di notevole importanza diagnostica durante il periodo prodromico. Si deve interpretare verosimilmente come una manifestazione eruttiva delle mucose analoga a quella della cute. La mucosa nasale e boccale di solito è immune; in un caso si sono osservate lesioni ulcerative nella bocca. Per ragion di analogia i fatti articolari che accompagnano la affezione si possono interpretare come dovuti a produzione di noduli sulla superficie sinoviale.

La convalescenza è caratterizzata da uno stato di profonda astenia e deperimento, persistenza di dolori a tipo reumatoide. In un caso si ebbe trombosi delle safene.

Le recidive sono possibili. L'A. ne ha osservati nove casi con un intervallo medio di cinque anni.

Oltre che il decorso e le manifestazioni cliniche della malattia la contagiosità conferma che l'eritema nodoso è dovuto ad un agente infettivo specifico. L'A. espone parecchie osservazioni personali di eritema nodoso manifestatesi in persone della stessa famiglia o conviventi.

L'A. pensa che l'eritema nodoso, l'eritema papuloso e l'eritema polimorfo costituiscono le varietà cliniche, distinguentesi solo per il grado di sviluppo o di gravità dell'eruzione, di una unica malattia. A questa conclusione egli è indotto non solo dalle analogie cliniche, dal fatto che ha visto in casi, evidentemente dovuti ad unico contagio, l'affezione prese l'aspetto dell'eritema nodoso, papuloso o polimorfo. Alla malattia l'A. propone li nome di febbre nodosa (*nodal fever*).

La opinione che le forme eritematose su dette siano una manifestazione reumatica è da scartarsi. I fatti articolari dell'eritema nodoso non hanno significato differente da quello che suole darsi ad analoghi fatti che si riscontrano in altre infezioni: si tratta di una localizzazione dovuta

agli stessi germi che provocano la infezione generale e la eruzione cutanea. È a notare che mai si hanno lesioni valvolari cardiache: possono notarsi durante il processo infettivo fatti ascoltatori, ma si tratta di disturbi funzionali, sicuramente transitori. In conseguenza l'uso dei preparati salicilici è per lo meno inutile.

I rapporti dell'eritema nodoso con la tubercolosi quantunque spesso affermati, non sono ancora dimostrati. Il fatto che l'affezione è stata osservata in individui con lesioni tubercolari in atto o pregresse, non depone per la natura tubercolare dell'affezione stessa. Landouzy riscontrò in un nodulo bacilli tubercolari, reperto che fu confermato dalla inoculazione in cavie. Hildebrand ottenne gli stessi risultati dalla iniezione di sangue. Otto Brian ebbe con le stesse inoculazioni esito positivo in un sol caso, negativo in tutti gli altri: concluse che la tubercolosi è causa dell'eritema nodoso solo in pochi casi. Dufourt attribuì a tubercolosi il 60 % dei casi di eritema nodoso; per la stessa alta percentuale sono Deléarde e Haller.

È stato affermato che la inoculazione intradermica di tubercolina provoca nel punto d'inoculazione lesioni affatto simili a quelle dell'eritema nodoso. D'altra parte si ottenne positiva la reazione di Pirquet in 23 casi di eritema. Anche Vetlesen propende per la natura tubercolare. Altri autori ricordano casi di eritema nodoso complicanti forme tubercolari, specie meningee. Hang opina che il bacillo di Koch può provocare eritema nodoso e forme articolari analoghe a quelle reumatiche, ma che non risentono affatto l'influenza dei preparati salicilici. Meara e Goodridge pensano che l'eritema nodoso può prodursi o come semplice varietà di eritema polimorfo, o come un'affezione contagiosa specifica, o infine come lesione secondaria di infezioni, intossicazioni o malattie nervose.

Le osservazioni di autori più moderni concorderebbero più o meno con le idee sostenute dall'A., che cioè l'eritema nodoso è una malattia infettiva, contagiosa ben distinta da altre malattie, e che s'identifica con l'eritema papuloso e polimorfo.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI

R. PORAK. *Les Syndromes endocriniens*. G. Doin, édit., Paris, 1924. Fr. 28.

Quasi tutte le sindromi cliniche endocrine devono subire l'opera di revisione; nè il pratico, nè l'endocrinologo, sanno più adattare il reperto clinico di tutti i giorni agli schematismi, che, se pure necessari nella prima giovinezza della nuova scienza, risentono tutta la esagerazione degli schemi di patologia, resi più insopportabili dalle infinitesime suddivisioni, alle quali i grandi quadri classici sono stati sottoposti. Recentemente calcolando gli *iper*, *ipo*, *dis* e le varie combinazioni a proposito di ciascuna glandula, un paziente calcolatore americano aveva trovato che il bagaglio dell'endocrinologo era divenuto un bagaglio da... milionario!

R. Porak è uno studioso, un giovane studioso, ma che ha in suo favore esperienza clinica e lunga consuetudine di laboratorio con maestri, che larghi solchi hanno segnato nel campo dell'endocrinologia. Nell'imprendere la trattazione della materia egli ha subito sentito il disagio del momento, reso anche più vivo dal resultato dei suoi lavori personali, che non hanno potuto battere quella che fino a pochi anni fa era la via maestra della endocrinologia. « Il pratico, egli avverte, nella breve introduzione, che ha preso l'abitudine d'accettare le diagnosi di iperfunzione delle glandule a secrezione interna, non avrà la soddisfazione di trovare adottato nel libro il comodo schema, che a mio avviso è inesatto ».

Nel libro di Porak adunque nè quadri sinottici di patologia, nè formule precise d'opoterapia: le sindromi d'iperfunzione poggiano su una semeiotica incerta, il sistema nuerovegetativo deve essere incolpato di alcune sindromi che a torto sono state attribuite alle glandule a secrezione interna.

Nelle sindromi basedoviane ad es. l'A. ritiene che, se pure attraverso la tiroide, il gioco patologico è sotto il determinismo del sistema neurovegetativo.

Nè meno importante è la critica alle teorie di Eppinger ed Hess sul vago e simpatico-tono: la nuova classifica delle disvegetotonie fibrillari metameriche e generalizzate potrà non trovare tutti d'accordo, ma rappresenta un ardimento dell'A, degno di essere considerato.

Importanti capitoli sono dedicati ai disturbi di accrescimento, alle sindromi endocrine, in rapporto con le funzioni sessuali, con le funzioni cardiovascolari, con le vie urinarie, con le malattie della pelle, col sangue; capitoli particolari al diabete come malattia endocrina, e alle sindromi surreno simpatiche nella cui patogenesi il con-

cetto noto sostenuto dalla scuola di Gley è ancora dall'A. confermato.

Il libro di Porak è un libro di critica e di scuola secessionista in fatto di endocrinologia, è un libro che mostra le crepe dell'edifizio frettolosamente costruito e presto invecchiato della classica endocrinologia: non risolve molti problemi e non era possibile nemmeno mirare ad un simile scopo, ma segna vie utili da seguire perchè il clinico si orienti e l'uomo di laboratorio indaghi ancora anche sui dati, che sembravano granitici.

T. PONTANO.

IVO GEIKE KOBB. *Gli organi a secrezione interna.* Pubblicato per cura dell'Istituto Sieroterapico Milanese, 1925. L. 15.

La 2ª ediz. italiana di questo libro, ampliata in base alla 3ª ediz. inglese, viene presentata ai medici ed agli studenti dai proff. Belfanti e Valagussa.

Il libro rispecchia sopratutto l'esperienza personale dell'A. ed ha indirizzo essenzialmente pratico. In esso vengono descritte non solo le sindromi cliniche risultanti da alterazioni molto rilevanti delle gh. endocrine, ma sono esposti e vagliati con particolare cura quei piccoli sintomi rivelatori di più leggeri disturbi funzionali degli organi a secrezione interna.

Vengono così suggeriti i consigli terapeutici, specialmente in riguardo alla organoterapia, che direttamente conseguono da questi concetti e la condotta da seguire è additata sopratutto in base ai risultati che l'A. ha ottenuto.

Un capitolo introduttivo espone le nozioni di fisiologia e di fisiopatologia delle gh. a secrezione interna ed opportunamente sono ricordate, volta per volta, le teorie e le conoscenze sulle questioni più importanti nei vari campi delle endocrinopatie.

I proff. Belfanti e Valagussa molto giustamente hanno tenuto a mettere in rilievo, con delle note aggiunte, la differenziazione tra funzione tiroidea e paratiroidea, questione ormai acquisita alla scienza medica per opera specialmente degli studiosi italiani.

D. MASELLI.

F. SCHIASSI. *L'insulina nella cura del diabete.* Bologna. Cappelli Ed. L. 15.

La scoperta dell'insulina ha rimesso in attualità non solo, ma nella più alta e meritata importanza, il problema del diabete. Viene perciò accolto con soddisfazione ogni serio studio, che dai competenti si esegua per illustrare l'uso e gli effetti dell'insulina, a cui l'avvenire del diabete appare strettamente connesso.

L'A. dà un'esatta conoscenza delle indagini eseguite sulla determinazione dello stato di gravità del diabete, sulla dieta, e sulla dose insulina adoperata. Questo materiale è da lui abilmente e diligentemente raccolto ed ordinato in modo che lo studioso viene messo al corrente dei progressi compiuti ed il medico pratico apprenderà quei dati, che gli saranno di guida agevole nella cura del diabete.

Una larga e precisa esposizione del micrometodo di Bang per la determinazione dello zucchero del sangue ed una ricca letteratura completa il libro che con vero piacere segnaliamo ai colleghi.

A. POZZI.

C. G. DOUGLAS e J. G. PRIESTLEY. *Human Physiology.* (A practical course). Oxford University Press, 1924.

È piuttosto un libro di tecnica delle esercitazioni di fisiologia, perchè descrive con sufficiente dettaglio, e con le illustrazioni e le tabelle opportune, le varie tecniche, specialmente quelle poste di recente in onore. Così si diffonde sul chimismo respiratorio e sul calcolo del metabolismo basale, sull'esame chimico e microscopico del sangue, ecc. Nell'apprezzamento dei risultati gli AA. trovano modo di esporre al lettore alcuni dei principali problemi di fisiologia e di fisiopatologia e i loro rapporti con la medicina clinica.

Il libro ha bella veste, e non è di grande mole.

DORIA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

VI Congresso Italiano di Radiologia Medica.

Dal 7 al 10 maggio è stato tenuto a Trieste il VI Congresso Italiano d Radiologia Medica, congresso che è riuscito non solo imponente per il numero di intervenuti, fra cui alcuni dei maggiori radiologi tedeschi quale l'Holzknecht, ma anche per la schietta impronta di italianità del Congresso stesso e per la ospitalità squisita che il Comitato ordinatore del Congresso, presieduto dal Gortan, ha offerto a tutti i radiologi intervenuti.

La seduta inaugurale, tenuta nella sala maggiore della Camera di Commercio, e il successivo ricevimento al Municipio di Trieste sono stati affollatissimi: l'inaugurazione del nuovo Istituto radiologico « Modiano » nell'Ospedale Civico di Trieste è stata festeggiatissima; e affollata giornalmente è stata l'esposizione degli apparecchi delle varie Case italiane e straniere, accolte nei vasti locali dell'Ospedale Regina Elena.

Tre sono stati i temi delle relazioni: quella del prof. TANDOIA di Napoli sulla *Radiologia delle vie biliari*; quella del prof. PESCI di Genova sulla *Radiologia delle affezioni della pleura*; quella del prof. MILANI di Roma sulla *Radioterapia delle ghiandole endocrine*. Sono state tenute inoltre due

conferenze dall'HOLZKNECHT su *Come vanno irradiati attualmente i carcinomi* e dallo SLUYS sulla *Radiumterapia dei tumori maligni e sulla tecnica, istrumenti e misurazioni nella gammaterapia profonda.*

Il numero delle comunicazioni sulle tre relazioni e su altri argomenti di radiodiagnostica e radioterapia è stato superiore al numero delle comunicazioni presentate ad altri Congressi e il tempo è stato troppo breve per il loro completo svolgimento.

Il prof. TANDOIA nella sua relazione ha trattato magistralmente della radiologia delle vie biliari e il relatore ha messo in evidenza il progresso enorme che questa parte della radiodiagnostica ha in pochi anni raggiunto. Il relatore ha fatto precedere alla esposizione i punti fondamentali di tecnica per la radiologia delle vie biliari, insistendo sulla necessità di una tecnica esatta e perfetta onde ottenere quanto si desidera. La radiodiagnostica delle vie biliari offre da una parte segni diretti, dall'altra segni indiretti a carico degli organi vicini, segni questi assai importanti e che per molto tempo sono stati i soli di cui i radiologi potevano giovarsi. La visione diretta dei calcoli biliari oggi è contingenza assai frequente e le statistiche anche da noi mostrano come, con una tecnica adatta non solo possano essere colpiti i grossi calcoli di bilirubinato di calcio, ma anche i calcoli più piccoli e meno opachi; quali i calcoli a grappolo ed i calcoli di colesterina. La tecnica radiologica delle vie biliari appare oggi in evoluzione: alcuni AA. americani hanno introdotto nella pratica radiologica l'iniezione endovenosa di tetrabromofenolftaleina la quale permette la visione diretta della cistifellea rendendo la bile più opaca. Il metodo non è scevro di pericoli e per quanto le critiche recenti di STEWART non abbiano potuto debellare il metodo, tuttavia questo deve essere saggiato e trattato con prudenza per gli incidenti talvolta gravi occorsi nella pratica radiologica. Al metodo americano di GRAHAM il relatore contrappone il metodo italiano pubblicato di recente da SABATINI-MILANI, il quale consiste nella somministrazione per bocca, previo digiuno, di 15-20 grammi di bromuro di sodio o di stronzio: la cistifellea anche in individui normali appare in una forte percentuale dopo le 8-9 ore.

Il relatore, a cui gli AA. suddetti hanno lasciato l'incarico di riferirne al Congresso dopo il relativo controllo, ha potuto concludere in base alle sue ricerche che il metodo italiano è di una completa innocuità, che la visibilità della cistifellea appare chiaramente come nel metodo americano e che il modo di riempimento della cistifellea, il tempo di durata del riempimento ecc., aprono la via a successive ricerche le quali appaiono assai promettenti non solo nel campo della funzionalità del fegato ma rispetto a quelle ricerche, preconizzate del resto da SABATINI-MILANI intese a studiare il vuotamento artificiale della cistifellea (drenaggio della cistifellea) mediante la somministrazione attraverso sonda duodenale di solfato di magnesio.

Un altro punto della relazione ha riguardato lo studio dei segni indiretti della calcolosi biliare specialmente le alterazioni a carico del duodeno, notoriamente di difficile diagnosi differenziale coll'ulcera del duodeno. In base a numerose e interessanti radiografie e in base a numerose diapositive, che il relatore ha illustrate mettendo così gli ascoltatori nella possibilità di seguire il contributo diagnostico controllato in genere con reperto operativo, il relatore ha mostrato numerosi casi di calcolosi biliare e casi interessantissimi di calcolosi con segni indiretti a carico del duodeno e del colon, che hanno dato agli intervenuti il senso della possibilità di una diagnosi diretta e indiretta anche nei casi più difficili di calcolosi biliare.

Alla relazione, apprezzata e applaudita hanno seguito sullo stesso argomento alcune interessanti relazioni, quali quella del ROSSI di Parma: *Contributo allo studio delle lesioni delle vie biliari;* quella del PERUSSIA di Milano: *La mia esperienza sulla radiologia delle vie biliari;* quella del COLESCHI che ha studiato *la visibilità della cistifellea negli animali col sale* degli AA. americani, ma fabbricato in Italia dal RAVASINI; quella del VESPIGNANI, il quale con numerose e interessanti radiografie ha illustrato l'interpretazione della impronta della cistifellea sul bulbo duodenale e sull'antro gastrico e la deviazione del ginocchio superiore del duodeno nella colecistite.

Su tutte le altre comunicazioni è stata data la precedenza a quella del prof. DONATI, clinico chirurgico di Padova: *Studi radiologici e chirurgici sul duodeno*, il quale ha destato entusiasmo nell'uditorio mostrando con una serie numerosa di casi tutta l'importanza della diagnosi radiologica e l'importanza di certi determinati segni e l'interesse che ha il controllo chirurgico rispetto al segno radiologico stesso.

La 2ª relazione del PESCI di Genova sulla *Radiologia delle affezioni della pleura* e la comunicazione relativa del CIGNOLINI, *sulle iniezioni intrapleuriche di sostanze opache galleggianti e pesanti* sono apparse sotto ogni punto di vista interessanti e il PESCI, dopo avere classificato e descritti i segni radiologici delle pleuriti, ha dimostrato quale importanza vadano prendendo i mezzi di contrasto nella radiologia pleuro polmonare.

Il prof. MILANI di Roma, incaricato dell'insegnamento di Radiologia nell'Università di Perugia, a cui era affidata la 3ª relazione *sulla radioterapia delle ghiandole endocrine,* ha voluto innanzi tutto premettere che mai come in questo capitolo della radioterapia, complesso ma bello e suggestivo, il radiologo deve far sue tutta una serie di cognizioni fisiologiche, fisiopatologiche, cliniche, ecc., che non solo servono a interpretare correttamente i risultati ottenuti, ma che devono essere di guida nell'impiego dei raggi a scopo terapeutico. Accennata brevemente la classi-

ficazione delle ghiandole endocrine, passati rapidamente in rassegna tutti quei mezzi (istologici e istochimici) che permettono uno studio dei prodotti di secrezione delle ghiandole endocrine, il relatore ha voluto soffermarsi specialmente sulle funzioni a cui presiedono le ghiandole endocrine stesse; funzioni che in poche parole si riassumono in morforegolatrici, chemioregolatrici, neuroregolatrici. La radioterapia delle ghiandole endocrine non si limita alla terapia delle malattie più note quali ad esempio il Basedow e l'acromegalia ma investe un numero infinito di problemi non solo dal punto di vista fisiologico ma anche patologico.

Del tutto nuovo e promettente di interessanti risultati è il capitolo dell'influenza della radioterapia sulle ghiandole endocrine in condizioni normali e i raggi X appaiono come mezzi meravigliosi di indagine. Un primo problema è quello se accanto alla radioterapia moderatrice dell'endocrinismo possa essere ascritta la radioterapia a tipo di eccitamento: il problema naturalmente ne presuppone un altro: se esiste cioè una azione di eccitamento anche sugli altri organi e sugli altri tessuti. Con larga copia di ricerche e di esperienze il relatore dimostra che nessuna prova indiscutibile è stata portata su questo argomento e che le ricerche pubblicate possono essere sempre interpretate in altro modo. Il relatore ritiene i raggi X stimoli dissimilatori e che almeno a piccola dose le prime alterazioni devono essere essenzialmente di ricambio e le leggi fisiologiche che regolano il ricambio materiale e il ricambio dinamico sono sufficienti a spiegare quei fenomeni di accrescimento e di maggior sviluppo che possono verificarsi sotto i raggi X. D'altra parte le prove più importanti portate a sostegno della teoria del radioeccitamento sono appunto ricerche sulle ghiandole endocrine e il relatore non esita a riconoscere che, parlando da un punto di vista generale clinico, si deve riconoscere, all'infuori di qualunque teoria, che a tecniche differenti corrispondono risultati diversi e accenna rapidamente alle ricerche sue, del MARINO, del MASELLI, del LAPENNA, del POZZI, ecc., eseguite nella Clinica medica di Roma, le quali dimostrano come ad esempio irradiando a piccola dose la tiroide di animali da esperimento di individui normali e di Basedowiani si possa ottenere (MASELLI) non solo una iperglicemia, ma aumento della frequenza del polso e della pressione con variazioni nette della reazione all'adrenalina le quali stanno a dimostrare (analogamente alle modificazioni ottenute dal MARINO e dal MILANI irradiando i surreni) che a determinate dosi esiste immissione in circolo di prodotti della secrezione tiroidea e surrenale e che questa immissione in circolo di prodotti corrisponde a un quadro che dal punto di vista clinico può rientrare nel quadro della iperfunzione senza che (almeno a determinata dose) segua depressione cellulare.

Il relatore ha cercato in base alla esperienza sua e dei varii AA. di stabilire la tecnica della irradiazione a tipo di eccitamento a seconda del tipo ghiandolare e riporta le ricerche dei varii AA. sull'argomento. Passa infine a studiare i rapporti interghiandolari e esocrino-endocrinici per irradiazione delle singole ghiandole e discute a fondo la questione delle azioni a distanza su cui fin dal 1914 il BERTOLOTTI aveva detto la prima parola, discutendo infine la questione, oggi di attualità, se l'azione dei raggi X sia in verità una azione esclusivamente locale o non piuttosto una azione generale ricordando l'influenza che le singole ghiandole irradiate hanno sullo sviluppo e sulla regressione di tumori e le ricerche di varii AA. e le sue personali sull'influenza di irradiazioni a tipo generale o sulle singole ghiandole allo scopo di influire, senza una irradiazione locale, sullo sviluppo dei tumori e della tubercolosi.

Dal punto di vista della radioterapia delle ghiandole endocrine in condizioni normali il relatore passa in rassegna, con dimostrazione di numerose diapositive tutte le ricerche eseguite da lui e dai suoi colleghi della Clinica medica di Roma intese a dimostrare l'azione delle ghiandole endocrine sullo sviluppo (irradiazione della tiroide; della ipofisi, del timo, dei testicoli, ecc.); sulla pressione sanguigna (POZZI): in animali da esperimento e su individui ipertesi); sulla formazione e distribuzione degli elementi del sangue; sul metabolismo ricordando le esperienze dei varii AA. e specialmente quelle interessantissime del BALLI dopo l'irradiazione localizzata alla ghiandola miometrale dell'utero e quelle del POZZI sul ricambio del calcio del magnesio per irradiazione delle surrenali e della tiroide.

Passando alla radioterapia delle ghiandole endocrine in condizioni patologiche il relatore ha fissato le indicazioni, le controindicazioni e la tecnica e i risultati della radioterapia sia nel morbo di Basedow sia nell'acromegalia: ha discusso nel Basedow le modificazioni indotte dalla radioterapia sul metabolismo e sulla reazione di GOETSCH; ha dimostrato in base alla sua statistica raccolta come aiuto nell'Istituto di Radiologia di Roma già diretto dal prof. GHILARDUCCI e che il nuovo direttore prof. BUSI ha permesso di utilizzare e in base alle ricerche interessantissime del BERTOLOTTI (le più complete in Italia su questo argomento), le modificazioni che la radioterapia porta sulle alterazioni oculari e sellari, riportando le statistiche sui miglioramenti che la radioterapia determina in confronto colle statistiche chirurgiche.

Tutto un nuovo capitolo di studio è quello della radioterapia del pancreas nel diabete mellito e il relatore riprendendo unitamente col prof. MARINO su larga scala le esperienze sui diabetici ed estendendo l'irradiazione anche ad altre ghiandole endocrine (tiroide, surreni, ipofisi) ha potuto dimostrare che se sotto la radioterapia la glicosuria può migliorare fino a scomparire, la glicemia invece sotto l'irradiazione, salvo transitorie diminuzioni, tende a portarsi a valori superiori a quelli di partenza.

Il relatore riferisce sulle esperienze dei varii AA. e delle sue circa la radioterapia nel diabete mellito; discute la radioterapia endocrina nelle adiposi (radioterapia surrenale); il valore della radioterapia nella ipertrofia del timo; nei tumori surrenali e nell'Addison per trattare infine i risultati della radioterapia ovarica nelle malattie dell'ovaio e dell'utero. E a tale proposito il relatore, dopo avere passato in rassegna le modificazioni dell'ovaio sotto la radioterapia e di avere discusso la dose di castrazione, passa a riferire i risultati che la radioterapia eccitante porta nelle amenorree; i risultati della radioterapia ovarica e ipofisaria e tiroidea nelle metrorragie; quelli sui fibromi discutendo sulle alterazioni fetali dopo le irradiazioni, ecc.

Tutto il vasto campo di studio è costituito inoltre dalla radioterapia endocrina nelle malattie cutanee (irradiazione del timo, della tiroide, negli eczemi, nella psoriasi, ecc.); dalla radioterapia endocrina, nelle malattie nervose (epilessia, ecc.) e nell'asma bronchiale, ecc. I raggi X infine sembrano costituire un nuovo prezioso mezzo per la esplorazione funzionale delle varie ghiandole endocrine e il relatore riferisce a tale proposito le ricerche dei vari AA. (FRANCO, LANDOLFI, PACE).

Sulla relazione, seguita con interesse, hanno preso la parola molti dei più noti radiologi e in merito all'argomento EPIFANIO di Palermo, ha comunicato le sue ricerche sulla irradiazione dell'ipofisi; BELLUCCI di Perugia sulle variazioni della pressione sanguigna dopo irradiazione dei testicoli; ODESCALCHI sulla irradiazione dell'ipofisi nei disturbi ovariprivi, ecc.

Numerose e interessanti sono state le comunicazioni *sull'apparato respiratorio* (MARAGLIANO, ROSSI, MONTANARI, FIORINI, LAPENNA, ecc.); *sull'apparato digerente, sull'apparato genito-urinario* (BALLI, PAZZI, POSSATI, ecc.); *sul sistema nervoso* (GORTAN, BERTOLOTTI, il quale ha illustrato con diapositivi alcuni casi interessanti di lesioni craniche, ecc.); *sul sistema scheletrico, ecc.* (ATTILI, ROSSI, GORTAN, CARMELICH, ecc.); *sulla radio e radiumterapia* (COLESCHI, PONZIO, ATTILI, SCADUTO, ARMAN, ALBERTI, CONTI, SICILIANO, DELBUONO, SERENA, MELDOLESI, NUVOLI, TURANO, ecc.).

Ascoltatissima è stata la conferenza dell'HOLZKNECHT, il quale non ha dissimulato le difficoltà che si incontrano nella radioterapia dei tumori; per i quali molte volte è necessario saggiare la radiosensibilità e tentare secondo la propria esperienza.

Il Congresso si è chiuso con un riuscitissimo discorso di GORTAN, discorso sintetico sui lavori e sulle novità che i vari relatori e i vari AA. delle comunicazioni hanno portato nel campo della radiodiagnostica e della radioterapia e i radiologi infine si sono portati a visitare le meravigliose Grotte di Postumia.

Il prossimo Congresso sarà tenuto a Napoli nell'ottobre del 1926; quale presidente della Società è stato eletto il prof. TANDOIA di Napoli; quale presidente del Congresso il prof. SGOBBO di Napoli.

M. E.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 28 febbraio 1925.
Presidenza del prof. V. ASCOLI, presidente.

Il PRESIDENTE ricorda con commossa parola la perdita del socio prof. GAGLIO. Comunica poi una lettera del socio FERRERO DI CAVALLERLEONE sulla fondazione di un premio quadriennale per gli Ufficiali medici, nella quale è espresso il desiderio che uno dei membri della Commissione per l'assegnazione del premio sia un socio dell'Accademia.

Si passa quindi allo svolgimento delle comunicazioni all'Ordine del giorno.

Odierna organizzazione sanitaria del Brasile:

Dott. PINOTTI. — Presentato dal socio prof. GOSIO, l'O. rapidamente descrive l'odierna organizzazione sanitaria del Brasile e accenna ai confortanti risultati ottenuti dalle leggi contro le malattie infettive.

Somministrazione orale di bromuri e visibilità radiologica della cistifellea.

Proff. G. SABATINI e E. MILANI. — Il prof. SABATINI comunica i favorevoli risultati ottenuti con l'ingestione di forti dosi di bromuro, sulla visibilità della cistifellea e delle eventuali deformazioni di essa. Il lavoro è stato pubblicato per intero in questo giornale (fasc. 18).

Il prof. MILANI dimostra le radiografie dei casi finora studiati.

Il prof. ALESSANDRI si rallegra dei risultati ottenuti, e ricorda di aver veduto radiografie molto dimostrative ottenute da BECLÈRE con l'espediente di eseguire le radiografie laterali.

Su due casi di lesioni sfenoidali operate per le vie naturali.

Prof. G. FERRERI. — L'O., presentato dal socio prof. DE CARLI, illustra due casi di lesione sfenoidale da lui operati per via endosettale secondo il metodo SEGURA-HIRSCH e conforta la sua esposizione con proiezioni.

L'emorragia da stasi in seguito ad operazioni sullo stomaco del cane.

Prof. G. BAGGIO. — L'O. riferisce di aver potuto constatare nelle sue esperienze sui cani, nello studio dell'ulcera duodenale, con una certa frequenza delle emorragie gravi, mortali, che egli interpreta come emorragie da stasi e ne trova la causa in una particolare distribuzione della circolazione gastrica nel cane.

Sull'apparato respiratorio delle Anopheles.

Proff. G. ALESSANDRINI e A. MISSIROLI. — Il prof. ALESSANDRINI anche a nome del collega MISSIROLI descrive la struttura dell'apparato respiratorio delle Anopheles, paragonandolo a quello di altri insetti; ne nota le deficienze e la possibilità di completare la lotta antimalarica con quella contro le Anopheles adulte ibernanti.

Il prof. MARCHIAFAVA si associa al voto del prof. ALESSANDRINI confermando che la lotta contro le Anopheles ibernanti è parte importante della profilassi antimalarica.

E. GROSSI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

L'esplorazione clinica della milza.

Poichè la milza è meno accessibile del fegato, la sua tumefazione ci offre dei dati meno preziosi di quelli del fegato. Situata molto lungi dal fianco, non separata dal dorso che per mezzo di una sottile lingua di polmone, e dallo spessore del diaframma, passata la prima infanzia essa non viene più in contatto con la parete addominale se non in caso di eccezionale ipertrofia o di ectopia.

Per riconoscere una sua tumefazione media (Piet: *Journal des Scienc. méd. de Lille*, dicembre, 1924) si può ricorrere alla percussione profonda ovvero ricercare i segni di compressione degli organi vicini. Si potrebbe delimitare con la percussione sia diretta che ascoltata: ma in genere vi si rinuncia. Nella malaria essa ha tendenza, aumentando di volume a risalire: la percussione allora fa ritrovare una zona di subottusità verso l'ottava costa e la punta dell'omoplata. Il grande asse segue press'a poco la direzione delle coste. A carico del polmone in vicinanza si trovano fatti di congestione o di reazione pleurica limitati. Questi fenomeni scompaiono sotto l'azione della chinina che fa scomparire l'aia di subottusità. La radiologia ci svela il vero stato delle cose sospettate con la percussione. La condensazione del tessuto polmonare in vicinanza del polo superiore della milza sembra dunque legata ad un'alterazione di quest'organo. Potrebbe esser causata da irritazione di vicinanza. L'A. ammette un'altra spiegazione. Le vene polmonari sinistre sboccano nell'orecchietta in corrispondenza della sua faccia posteriore, applicate per un certo tratto sul diaframma, in molti casi separato dal polo superiore dal solo muscolo. Per poco che la milza si sviluppi in alto, la circolazione di ritorno sarà ostacolata, il che porta alla congestione della parte corrispondente del polmone. Variazione di volume anche piccole della milza faranno apparire e scomparire aree anche larghe di subottusità, alterazioni del murmure vescicolare, modificazioni ai raggi X.

L'area di subottusità dorsale sinistra dipendente da tumefazione della milza, è un segno frequente, di regola nei malarici primitivi, spesso nei cronici.

MONTELEONE.

Contributo alla semeiologia dei versamenti pleurici.

G. Stradiotti (*Bollettino degli Ospedali Riuniti di Cremona*, n. 1, anno 1925) rileva innanzi tutto come nei soggetti normali applicando con pressione leggera ed uniforme le dita dell'una e dell'altra mano in corrispondenza di spazii intercostali simmetrici durante il colpo di tosse si apprezzi un urto uguale per intensità dai due lati che egli denomina *impulso intercostale*. Quando invece in una delle cavità pleuriche si raccoglie un versamento sia fluido, sia gassoso, dal lato della raccolta durante la tosse si percepisce un netto aumento dell'impulso intercostale e ciò non soltanto entro i confini del versamento, bensì in ogni parte della superficie toracica ove il segno può essere raccolto.

La ragione del sintoma sta evidentemente nella diminuzione della tensione elastica polmonare prodotta dal versamento intracavitario. Nel pneumotorace terapeutico infatti l'aumento dell'impulso intercostale è rilevabile già dopo la prima introduzione di gas; il che significa inoltre che bastano anche piccole quantità di versamento per renderlo palese.

L'A. si riserva di studiare con ulteriori ricerche il modo di comportarsi dell'impulso intercostale nelle altre alterazioni degli organi toracici che non siano i versamenti.

S. A.

CASISTICA E TERAPIA.

Tubercolosi polmonare durante la gravidanza.

G. Winter (*Med. Klinik*, n. 10, 1925) rileva che nelle forme latenti di tubercolosi polmonare l'azione dannosa esplicata dalla gravidanza non è molto intensa; si osserva un aggravamento del decorso della tubercolosi al massimo nel 20 % dei casi mentre nell'80 % dei casi il decorso dell'infezione tubercolare non è modificato.

Nelle forme manifeste di tubercolosi invece l'influenza dannosa della gravidanza è molto più spiccata; questa azione dannosa manca in solo il 20 % dei casi. Particolarmente pericolosa è la gravidanza nei casi di tubercolosi laringea ad eccezione di quei soli casi in cui l'affezione laringea è primitiva e consiste soltanto in piccole ulcerazioni ed infiltrazioni ben circoscritte. Raramente si vede manifestarsi una tubercolosi miliare in seguito al processo della gestazione; la generalizzazione del processo tubercolare si osserva piuttosto in puerperio. Il pericolo per il neonato è grande se esso permane a lungo vicino alla madre ammalata, molto scarso invece se esso ne viene subito allontanato.

La cura della tubercolosi durante la gravidanza può essere conservativa oppure può cercare di interrompere artificialmente la gestazione.

Nel primo caso la cura può consistere nel pneumotorace, nella cura tubercolinica, nella cura sanatoriale. La cura del pneumotorace non riesce ad impedire l'aggravamento della tubercolosi nelle gravide; risultati migliori sembra avere questo metodo di cura se applicato in puerperio, migliori risultati si ottengono in casi non gravi dalla cura tubercolinica. La cura sanatoriale è adatta nei casi di tubercolosi latente e nei casi leggeri di tubercolosi manifesta nei quali è necessario il controllo continuo dello stato dei polmoni e delle condizioni generali. Nei casi di media gravità e nei casi gravi è inutile tentare questi metodi di cura conservativa; però in questi casi nemmeno l'interruzione della gravidanza riesce a guarire la malattia ma soltanto ad impedirne l'aggravamento. L'interruzione della gravidanza migliora il decorso della tubercolosi in circa il 67 % dei casi in cui viene determinato un arresto del processo polmonare. In tutti i casi di tubercolosi laringea si deve procedere all'interruzione della gravidanza, intervento che determina un miglioramento nel decorso dell'infezione in circa il 31 % dei casi. Nei casi in cui le speranze di guarigione del processo tubercolare sono scarse e in cui una successiva gravidanza aggraverebbe di nuovo le condizioni si può procedere alla sterilizzazione permanente. Negli altri casi si esegue la sterilizzazione temporanea, i cui effetti persistono soltanto per alcuni anni. Oggi però la tecnica radiologica non è ancora tanto perfezionata da potere con sicurezza dosare gli effetti sull'ovaia.

POLLITZER.

La gravidanza come causa essenziale di asma abitudinario.

La comparsa dell'asma in una serie consecutiva di gravidanze sta a denotare la eventualità rarissima della forma abitudinaria dell'asma, promossa e sostenuta da disordini funzionali, insorti solo per lo stato gravidico.

Il Fornero in *Rivista Italiana di Ginecologia*, vol. III, fasc. III, illustra due casi della Clinica di Modena.

Si riferiscono a due plurigravide. La prima ebbe 10 gravidanze. Il 6° puerperio fu accompagnato e seguito da una grave e lunga infezione. Alla 7ª gravidanza fin dall'inizio la malata notò edemi circoscritti alla faccia, alla fronte, al dorso delle mani, al collo del piede e lieve esoftalmo: a distanza di tempo comparvero accessi di asma con afonia e laringospasmo — cessati all'ottavo mese con l'interruzione della gravidanza.

La 8ª, 9ª e 10ª gravidanza, per il ripetersi dell'asma e degli edemi furono interrotte al quinto, sesto e settimo mese.

Il secondo caso si riferisce ad una donna che soffrì sempre di tachicardia parossistica e dopo sette gravidanze normali, all'ottava, in 8° mese dopo un accesso tachicardico insorse l'asma seguìta poco dopo dalla interruzione spontanea di gravidanza, che ridonò alla malata rapido e stabile benessere. Al 4° mese della nona gravidanza, preceduta dalla solita tachicardia, insorse l'asma che, ripetutasi a lungo intervallo, al termine del 7° mese fu così violenta da richiedere l'interruzione della gravidanza. Questa malata presentava visibili le note tiroidee di Maranon e di Lian.

Forse la infezione grave del sesto puerperio nella prima, ed il rapido succedersi di numerose gravidanze in ambedue le malate non furono estranee alla determinazione di quel tale complesso di disfunzione endocrina che provoca gli accessi di asma.

Finchè la terapia medica non è tale, intrapresa acconciamente e durevolmente, da equilibrare le funzioni manchevoli, l'interruzione della gravidanza trova la sua indicazione, per evitare alla donna gravida, specie se multipara, pericoli mortali.

PERSIA.

Di alcune controindicazioni agli estratti ipofisari nel parto.

L'uso di estratti ipofisari nel parto è andato, specie in questi ultimi tempi, rapidamente aumentando, tanto da poter oggi dire di trovarci di fronte ad un vero e proprio sistematico abuso del rimedio.

Gli estratti ipofisari per la loro attività, vanno impiegati con criterio, mentre una serie di casi capitati al prof. Gaifami (*La Clinica Ostetrica*, marzo 1925) stanno a dimostrare come la somministrazione intempestiva, irrazionale di essi possa condurre a pericoli seri, quali l'asfissia, la morte endouterina del feto, la tetanizzazione e la rottura dell'utero.

In genere, occorre però dirlo, tali fatti accadono per colpa di levatrici troppo intraprendenti: quindi abuso doppio nel senso che oltre a somministrazioni erronee del preparato, queste sono fatte da chi non è autorizzato.

In uno dei casi riportati dall'A. la levatrice si trovava di fronte ad una pluripara con manifeste note di rachitismo nella statura e nella deformità quasi grottesca degli arti inferiori; l'esame anche meno accurato poteva far raggiungere il promontorio. Dei parti precedenti, uno solo era finito con un feto vivo e vitale ed era stato un parto prematuro; gli altri quattro erano terminati tutti con feti morti in travaglio.

La levatrice, non pensando neppure che in seguito a ciò potevano essersi stabilite condizioni

di minorata resistenza della parete uterina e forse credendo che se i feti erano passati altre volte, dovevano ben passare anche stavolta, non richiese l'aiuto del medico, non ostante si fosse stabilita un'inerzia uterina. Al contrario, ricordandosi che questa poteva essere vinta dall'iniezione di estratti ipofisari, a poca distanza l'una dall'altra, fece tre iniezioni di pituitrina, mentre il parto non poteva mai espletarsi e ciò non per l'inerzia, ma per la viziatura pelvica esistente non sormontabile questa volta date le dimensioni del feto superiori a quelle delle volte precedenti e con una testa molto ossificata.

Accadde infatti che dopo la terza iniezione, l'utero dopo una unica forte contrazione, cadde nella più completa inerzia, intanto che le condizioni generali della malata andavano talmente peggiorando per cui fu dovuta inviare in Clinica. L'utero si era rotto ed il feto era passato nell'addome. La laparotomia immediata permise di salvare la donna, attraverso un decorso dei più burrascosi e gravi.

Nel caso descritto non era la inerzia uterina che bisognava vincere, bensì la viziatura pelvica, come del resto in tutti gli altri casi di distocia meccanica e non funzionale, nei quali la contrazione uterina non si deve mai forzare. La medesima cosa può dirsi nei casi in cui, pregressi tagli laparotomici o miomectomie, abbiano minorata la resistenza dell'utero, non essendo difficile insorgere in tali casi uno stato spasmodico, dannoso tanto alla madre che al feto.

Per l'azione di estratti ipofisari l'utero non si rilascia più completamente, persistendo, anche durante l'intervallo, un aumento del tono. Ora in casi speciali, o per eccesso di azione del preparato o per una preesistente ipertonia uterina, può aversi anzichè una serie di contrazioni regolari, una vera tetanizzazione dell'utero, ed in tali condizioni, e peggio ancora quando esista spasmodia uterina, gli estratti ipofisari debbono essere esclusi.

Ottimi risultati dà la morfina con tutti i suoi equivalenti.

A. POZZI.

Sul taglio del funicolo.

Sulla questione ove effettuare il taglio del funicolo, Caruso, (*Rassegna d'Ost. e Gin.* 1924) si mostra fautore della tecnica del Demelin, che consiglia di effettuare il taglio rasente alla vulva. Questa pratica è da preferirsi perchè con essa si evitano le trazioni sul cordone; non si facilitano le infezioni che dalle lesioni vulvo-vaginali possono propagarsi per il cordone in alto; tali lesioni non sono aumentate dal peso e dal movimento del cordone stesso, ed infine perchè la fuoruscita del cordone avverte del distacco della placenta.

Tutte le obbiezioni a tale pratica, che l'A. ricorda, non sono tali da condannare la tecnica del Demelin, specialmente nell'esercizio privato.

S. A.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Radiodiagnosi della colelitiasi. — Al dott. S. C., abb. n. 10550-1:

La radiografia della calcolosi biliare ha fatto in questi ultimi anni enormi progressi: l'introduzione nella pratica radiologica del Potter-Bucky ha permesso delle radiografie in cui è possibile la lettura di particolari finora ignoti. La diagnosi della calcolosi biliare può essere indiretta (e ciò costituiva il nostro patrimonio fino a pochi anni fa), ma può essere anche diretta. Radiografie di calcoli biliari oggi sono un fatto acquisito; le statistiche americane danno un reperto positivo altissimo, ma anche le nostre statistiche non sono inferiori e sono recenti articoli di Béclère sulle difficoltà diagnostiche tra calcoli renali di destra e calcoli biliari, i quali nella posizione laterale sono più anteriori dei primi rispetto alla colonna vertebrale. I grossi calcoli biliari sono oggi facili a radiografare; è più difficile la radiografia dei calcoli a grappolo e dei calcoli di colesterina. Ma oggi l'indagine radiografica è andata più oltre: due metodi oggi sono in campo: o il metodo americano colla iniezione endovenosa di tetrabromofenolftaleina o il metodo italiano Sabatini-Milani colla somministrazione orale di bromuri per cui è possibile la visibilità della cistifellea anche in condizioni normali. Questi stessi metodi appaiono assai promettenti per quel che riguarda la visibilià della cistifellea in condizioni patologiche e la visibilità dei calcoli biliari giacchè, rendendo più opaca la bile, si viene a introdurre nella tecnica radiologica un elemento di contrasto analogo a quanto si pratica per il bromuro per la pielografia, per l'ossigeno nelle articolazioni e nella vescica, per il lipiodol per il polmone e il sistema nervoso.

E. MILANI.

All'abb. 4406-1:

Sulla diatermia esistono trattati recenti: può consultare in francese il GUILLEMINOT (Masson), ma più specialmente il libro recente del BORDIER, *Diathermie et Diatermothérapie* (Masson) o il libro del KOWARSCHICK (il più completo) tradotto da VIDALE e CHIOZZI.

M.

VARIA.

La lotta antitubercolare in Francia.

Nel 1912 in Francia su una popolazione di 40 milioni vi sono stati 70,000 morti per tubercolosi polmonare; attualmente vi sono 600,000 tubercolotici.

La guerra ha molto favorito lo sviluppo di misure antitubercolari sia con la creazione di dispensari sia con la istituzione di sanatori. A tale uopo lo Stato nel 1923 ha stanziato franchi 14,000,000 tutti devoluti per la lotta antitubercolare. Fin dal 1917 esiste in Francia la fondazione Rockefeller che in armonia con le autorità della Repubblica ha molto fatto e ancora va facendo in fatto di igiene antitubercolare.

Per ora vi sono 450 dispensari antitubercolari con gabinetti annessi completamente arredati di tutto ciò che occorre per la diagnosi e la cura di tali affezioni ed anno per anno il numero di queste istituzioni aumenta. Alla direzione di tali stabilimenti sono addetti medici specializzati e medici che vanno ivi ad apprendere quanto occorre conoscere nei riguardi di tali istituzioni.

(Dal *Medico Italiano*).

La lebbra in Svezia.

In *Acta medica scandinavia* (vol. LXV, 1923), J. Reenstierna riferisce sull'attuale diffusione della lebbra in Svezia. Nel 1907 esistevano 89 lebbrosi; nel maggio 1923 il numero dei casi si è ridotto a 37, di cui 14 uomini e 23 donne (19 ricoverati e 18 a domicilio): 24 di essi sono di età superiore ai 60 anni. La massima parte dei casi sono concentrati nella zona di Melsingland.

Il suicidio in Italia.

Dalle statistiche illustrate all'Istituto Internazionale di Antropologia dal prof. Niceforo della Regia Università di Napoli, rilevasi che il suicidio in Italia che nel 1888 contava 50 casi ogni milione di abitanti, alla vigilia della guerra era salito a 80, per passare poi da 95 nel 1915, a 69 nel 1916, e risalire a 73 nel 1920. Nel 1923 è giunto a 85.

Durante la guerra la mania suicida ebbe una sosta, forse perchè allora chi aveva desiderio di abbandonare la vita, aveva agio di poterlo fare in maniera più... nobile, accorrendo sulle prime linee ad offrire la propria vita alla Patria.

(Dall'*Avvenire Sanitario*).

Suicidio insolito.

J. Levit riferisce, nel *Casopis lekaruv ceskych* di Praga (29 novembre 1924), il suicidio di un ufficiale, arrestato per pratiche omosessuali: egli si confisse nel cranio un ago lungo 8 cm., attraverso l'osso parietale; impiegò a guisa di martello una spazzola da scarpe. Altri due tentativi del genere gli erano falliti. Non si produsse quasi nessun disturbo, fino a che non si svilupparono i sintomi di meningite.

(In: *Journ. A. M. A.*, 24 gennaio 1925).

Esame periodico di atleti e sportivi in Austria.

L'Istituto cardiologico « Herzstation » di Vienna, ad istanza del prof. Kaufmann, addiviene regolarmente all'esame periodico di circa 4500 atleti e sportivi dei due sessi, sia con mezzi clinici che con roentgenogrammi ed elettrocardiogrammi.

Questi esami disciplinano, dal punto di vista igienico, gli sports che richiedono maggiori sforzi al sistema cardiovascolare.

(*Annali d'Igiene*, settembre 1924).

Statistiche librarie.

Opere pubblicate in Germania: 1922, 35,858; 1923, 30,734.

Opere pubblicate in Italia: 1922, 6336; 1923, 6077.

Opere pubblicate in Spagna: 1922, 1267; 1923, 2564.

La Spagna ha importato nel 1921 quintali 1307 di libri dalla Germania e quintali 80 di libri dall'Italia.

(*Pathologica*, 1 mar. 1925).

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

BERGHING GUIDO. *La Clinica Pediatrica di Padova durante l'anno scolastico 1922-23.* — Padova, Stab. Tip. del « Messaggero », 1923.

BERNARDINI BERNARDO. *Sindromi amiostatiche da encefalite letargica.* — Milano, Soc. Ed. Libraria, 1923.

BERTOLOTTI M. *Contributo allo studio delle grandi dilatazioni totali dell'esofago senza stenosi.* — Torino, Alberto Giani, 1923.

BRAVETTA EUGENIO. *Ospedali Psichiatrici e gerarchie mediche.* — Pavia, Tip. Coop., 1923.

BUSINCO OTTAVIO. *Il trattato elio-marino nelle tubercolosi chirurgiche.* — Pisa, Arti Grafiche Nistri-Lischi, 1923.

CANTIERI COLLATINO. *Polisierosite e febbre di Malta.* — Napoli, G. Barca, 1923.

CAPUTO VINCENZO. *La lepra in Calabria.* — Milano, Coop. Graf. Operai, 1923.

CARCAMO ROBERTO. *Hacia la curación de la Tuberculosis.* — Buenos-Aires, L. Spinelli, 1922.

COLELLA ROSOLINO. *Sulla riforma della scuola in Italia.* — Palermo, A. Giannitrapani, 1923.

ID. *Delinquenza nata - Simulazione.* — Roma, Tipogr. Mantellate, 1923.

CONTARDI e CAZZANI. *Contributo allo studio degli arsenobenzoli usati in terapia.* — Milano, Ulrico Hoepli, 1923.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XXXIX — Limiti dei poteri delle commissioni agli effetti dell'ammissione ai concorsi.

Nell'avviso del concorso indetto dal Comune di Anagni, per il posto di medico-chirurgo condotto della zona nord-est, fu stabilito alla lettera *i*) che i concorrenti dovessero provare, tra altro, di aver « fatto pratica in ospedali per un biennio ». La Commissione giudicatrice del concorso stabilì, in relazione alla pratica ospedaliera, questo criterio: « che sia da ritenere valido il solo biennio di pratica espletato in grandi istituti ospedalieri civili, anche interinalmente, ma sempre con regolare nomina da parte dell'amministrazione degli istituti, e per posti contemplati nel ruolo organico ».

La IV Sezione del Consiglio di Stato con decisione 9 gennaio 1925, n. 70, accogliendo il ricorso del dott. Salvieri Manlio, ha annullato la deliberazione di nomina e la graduatoria perchè ha ritenuto illegittimo il criterio stabilito dalla Commissione.

È detto nella decisione: « che tale norma appare eccessiva poichè, se nessuna disposizione vieta ai Comuni di prescrivere particolari requisiti obbiettivi, che, pur nei limiti delle condizioni di ammissione ai concorsi stabiliti dai Capitolati delle condotte medico-chirurgiche, valgano a selezionare gli aspiranti per capacità ed esperienza professionale, non è men vero tuttavia che la determinazione di siffatti requisiti deve formare oggetto di apposite manifestazioni di volontà dell'ente e che dei requisiti stessi occorre sia fatta menzione negli avvisi di concorso;

« che nel bando di concorso alla condotta nord-est del Comune di Anagni il titolo di pratica ospedaliera era determinato soltanto nella durata e non nella qualità dell'ospedale e tanto meno nella appartenenza organica dei praticanti a posti di ruolo nè un diverso intendimento del Comune al riguardo risultava da atti concreti, di cui i concorrenti potessero avere sicura e preventiva conoscenza;

« che non è perciò ammissibile che la Commissione giudicatrice, in sede di esame della regolarità delle domande, potesse aggiungere, alla condizione generale del possesso di un biennio di pratica ospedaliera, quella di ulteriori requisiti specifici dei quali legittimamente avrebbe poi potuto tenere conto ai fini della valutazione comparativa dei titoli tecnici dei concorrenti e della formazione della graduatoria, ma non mai all'effetto dell'ammissione ovvero dalla esclusione dal concorso ».

Questa decisione è importante perchè stabilisce rigorosamente che le Commissioni devono attenersi alle norme risultanti dall'avviso del concorso e non possono, nemmeno mediante interpretazione eccessiva o estensiva, richiedere titoli di ammissione maggiori o diversi da quelli che nell'avviso stesso sono specificati.

È utile avvertire inoltre, sebbene ciò non abbia formato obbietto speciale e diretto della decisione sopra ricordata, che le norme e le condizioni per l'ammissione ai concorsi devono essere stabilite dai Capitolati, come prescrive l'art. 27 del Regolamento sanitario 19 luglio 1906, n. 446. Sicchè i Comuni non possono modificare le norme stesse se non nei casi e con le forme che sono stabilite per la revisione dei Capitolati. Quindi, non soltanto la Commissione deve attenersi alle norme rigorosamente stabilite dal Comune e rese pubbliche mediante l'avviso del concorso, ma il Comune stesso, a sua volta, prescrivendo le condizioni di ammissione, deve uniformarsi alle norme del Capitolato.

Questo criterio risulta implicitamente confermato dalla decisione 9 gennaio 1925, n. 70, la quale, pur ammettendo che nessuna disposizione vieta ai Comuni di stabilire particolari requisiti obbiettivi, soggiunge subito però che siffatto potere deve essere esercitato « nei limiti e nelle condizioni di ammissione ai concorsi stabiliti dai Capitolati delle condotte mediche e chirurgiche ».

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Un accordo anglo-italiano per l'esercizio professionale dei medici.

È stato firmato il 21 maggio a Palazzo Chigi dall'on. Mussolini e dall'ambasciatore inglese Sir Ronald Graham un accordo fra l'Italia e la Gran Bretagna per regolare nei rispettivi territori l'esercizio professionale dei medici chirurghi.

In base a tale accordo i medici-chirurghi in uno dei due Paesi possono essere inscritti nell'albo dei medici-chirurghi dell'altro ed esercitarsi liberamente la professione senza bisogno di sostenere un nuovo esame nè di conseguire alcun nuovo titolo.

I chirurgi dentisti cancellati dall'albo dei medici di Milano.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Milano, aderendo ai voti espressi da convegni di medici e specialmente di stomatologi, ha provveduto ad escludere dall'albo i chirurgi dentisti. Del provvedimento si è data comunicazione agli interessati con lettera a firma del presidente prof. Baslini.

All'Ordine dei Medici di Messina.

Il Ministero degli Interni, in seguito a irregolarità nelle elezioni per la nomina del Consiglio d'Amministrazione dell'Ordine dei Medici di Messina, accogliendo i ricorsi prodotti dai dottori Angelo Isaia e Domenico Broccio, ha annullato le operazioni elettorali svoltesi per la nomina del Consiglio suddetto.

Contro la pubblicità medica indiretta.

Il Consiglio dell'Associazione Medica Britannica ha approvato le conclusioni di una relazione del Comitato Deontologico Centrale (Central Ethical Committee), sulla pubblicità medica indiretta compiuta per mezzo di articoli inseriti nei giornali politici su temi medici d'interesse generale, articoli in cui s'insinua insospettata la réclame su prodotti terapeutici.

La relazione afferma che questa forma di pubblicità, compiuta da medici abili e poco scrupolosi, è generalmente di pregiudizio al pubblico ed alla professione medica e che essa contravviene allo spirito della legislazione sanitaria vigente; che perciò l'Associazione Medica Britannica deve assumere un'attitudine di decisa opposizione contro questi metodi giornalistici non desiderabili.

La relazione opina che le questioni controverse di patologia e di terapia non debbano essere agitate nella stampa politica: la sede più adatta per tali discussioni è data dalle Società scientifiche e dai periodici di medicina.

L'estendersi delle abitudini di réclame porterebbe, secondo la relazione, a distruggere quelle tradizioni di dignità e di auto rispetto che hanno portato la professione medica in Inghilterra al presente alto livello morale e sociale.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Manicomio Provinciale.* — Il concorso a medico praticante interno (assegno L. 5000, vitto ed alloggio personale) è prorogato al 30 giugno. Per chiarimenti rivolgersi alla Direzione dell'Istituto.

ANTICOLI CORRADO (*Roma*). — Scad. 50 gg. dal 18 mag. Età lim. 40 a. Tassa L. 50 all'Esattore Consorziale. Condiz. capitolato sanit. approv. G. P. A. Per uff. san. L. 300; per arm. farm. L. 200; per disag. resid. L. 500. Pov. 1000. Serv. entro 20 gg. Ritrovo villeggiatura.

AVEZZANO. *Ospedale Civile dei SS. Filippo e Nicola.* — Aiuto medico-chirurgo; L. 2400 (*sic*) annue e vitto nei giorni di guardia. Scad. 15 giu. Docum. all'Amministrazione. Classifica esami di laurea. Tassa L. 50. Docum. a 3 mesi. Laurea da non più di 6 anni e non meno di 2. Nomina e conferma triennale. Divieto di assumere altri uffici sanitari fuori dell'Ospedale.

BORGO DI TERZO (*Bergamo*). — A tutto il 10 giugno. Vedi fasc. 20.

CHIUSI IN CASENTINO (*Arezzo*). — A tutto il 10 giu., 2ª cond. per 7 fraz.; ab. 1860; pov. 300 circa; L. 10.000 oltre L. 2000 cav., L. 1200 c.-v. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.15 all'esattore del Com.

FIRENZE. *Arcisped. di S. M. Nuova e Stabilimenti Riun.* — Assistente specialista per il Turno e Gabinetto Otorinolaringoiatrico; età mass. 30 a.; L. 5000 oltre le indenn. c.-v. Scad. ore 18 del 10 giu. Serv. entro 15 gg.

GROSSETO. *Congreg. di Carità.* — A tutto il 30 giu., aiuto medico e aiuto chirurgo nel R. Spedale della Misericordia. Nella domanda specificare il posto. Età 27-35 a. Tassa L. 50,10 al cassiere della Congreg. Per il 1° posto: attestato di esercizio pratico di batteriologia ed elettroterapia; per il 2°: di meccanoterapia e radiologia. L. 7680 e due c.-v. Nomina e 4 conferme biennali. Obbligo di alloggio nello Spedale. Docum. all'Amministraz.

MALCESINE (*Verona*). — Sul Lago di Garda; ab. 3060. Tassa L. 50.15, al Sindaco. Stip. L. 8000; L. 700 uff. san.; L. 1200 c.-v.; L. 1600 quota integrativa, L. 1000 a 3000 trasp.; le ultime tre indennità rivedibili di anno in anno. Serv. entro 20 gg. A tutto 15 giugno.

MILANO. *Istituti Ospitalieri.* — Medico ass. interno resid. nell'Ospedale Sanatorio Vitt. Em. III per tubercolotici del Comune di Milano in Garbagnate. Vedi fasc. 20. Scad. ore 16 del 10 giu.

NONANTOLA (*Modena*). — Seconda condotta. Scadenza 30 giugno. Stip. L. 8500 aumentabili; doppia indenn. c.-v.; indenn. cavalc. L. 2500. Età massima 35 a. Tassa L. 50. Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria comunale.

TREVI (*Perugia*). — Scad. 10 giu.; L. 9000 e 3 quinq. dec.; p. cav. L. 4000; serv. attivo L. 600; due c.-v. ridotti. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.

ZOGNO (*Bergamo*). — Proroga a tutto il 20 giu.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Livini Ferdinando è nominato preside della facoltà medica di Milano.

Il prof. Aggazzotti Alberto, di fisiologia, è stato trasferito da Parma a Modena.

Sono nominati i proff.: Frontali Gino di clinica pediatrica a Cagliari; Fragnito Onofrio di clinica delle malattie mentali e nervose a Catania; Calamida Umberto di oto-rino-laringoiatria, Cattaneo Cesare di clinica pediatrica e Cazzaniga Antonio di medicina legale a Milano.

Il dott. Luigi De Cesare ha conseguito la libera docenza in radiologia ed elettroterapia. La commissione era costituita dei proff. Pestalozza presidente, Maragliano V., Busi A., Baglioni e Pesce. Il tema svolto trattava « La tubercolosi ghiandolare »; la lezione concerneva « Studio radiologico dei movimenti intestinali ».

Il prof. Francesco Landucci, direttore della Maternità di Bergamo, è nominato commendatore della Corona d'Italia.

Il dott. Francesco Natale Villa, vice direttore della Guardia Ostetrica di Milano, è nominato cavaliere della Corona d'Italia.

NOTIZIE DIVERSE.

XI Centenario dell'Università di Pavia.

Con straordinaria solennità è stato celebrato, il 21 maggio, l'XI centenario dell'Ateneo Ticinese.

Alla cerimonia intervennero il Re, il ministro on. Fedele, il sottosegretario on. Suardo, il card. Maffi, i senatori Rampoldi, Gabba, Simonetta, Tamassia, Credaro, i deputati Solmi, Morelli, Bisi, ecc. molte altre autorità e personalità spiccate, rappresentanti delle Università italiane e straniere.

Il rettore, il sindaco, il ministro Fedele, numerosi rappresentanti di Università italiane e straniere, il prof. Severi a nome dei delegati italiani ricordarono le vicende e illustrarono i fasti dell'Ateneo. Molto profondo il magistrale discorso dell'on. Fedele, che dimostrò il compito assunto nello sviluppo della coltura mondiale dallo Studio di Pavia.

Nel pomeriggio il Sovrano assistette all'inaugurazione di un monumento eretto ad opera dello scultore Supino in un cortile dell'Università a ricordare Lanfranco e i maestri delle scuole di Pavia nell'alto Medio Evo. In forma semplice ma commovente il Re ricevette il diploma di dottore *honoris causa*.

Associazione internazionale di idrologia medica.

L'adunanza generale annuale dell'Associazione internazionale di idrologia medica ha avuto luogo a Parigi il 20 e 21 aprile 1925; ad essa parteciparono i rappresentanti del Belgio, della Cecoslovacchia, della Francia, dell'Inghilterra, dell'Italia, dell'Olanda, del Portogallo, della Svizzera e degli Stati Uniti d'America. Il dott. G. Monod (Francia) è stato eletto presidente per l'anno in corso, in successione al dott. Fortescue Fosc (Inghilterra), benemerito ideatore e creatore della Società stessa.

Il delegato dell'Associazione internazionale di idrologia in Italia, prof. Luigi Devoto, era rappresentato dal prof. Andrea Vinaj, mentre il prof. P. Piccinini rappresentava al Convegno l'Associazione Medica Italiana di idrologia, climatologia e terapia fisica.

Su proposta del dott. Van Breen (Olanda) fu svolta una relazione sopra il reumatismo cronico nell'Europa del Nord e sulla sua cura coi mezzi fisicoterapici.

Le sedute ebbero luogo presso l'Istituto del prof. Carnot alla Facoltà di medicina. Sulle relazioni riguardanti il trattamento insulinico e crenoterapico del diabete parlarono i dottori Charbonier, Poulton, Epstein; sulla cura del reumatismo di origine traumatica i dottori Schmidt e Coates. Conferenze di idrologia medica furono tenute alla Scuola di medicina ed al Collegio di Francia dal dott. Lepape e dal prof. Desgrez.

Fra i nuovi membri eletti dall'assemblea figurano per l'Italia il prof. Luigi Zoia, il dott. L. Burgonzio, il prof. P. Tullio ed il prof. R. Pinali.

Per invito ufficiale ricevuto il prossimo Convegno annuale dell'Associazione sarà tenuto nel 1926 in Cecoslovacchia.

VII Conferenza internazionale di odontologia.

Si terrà a Filadelfia dal 23 al 28 agosto 1926, in occasione dell'Esposizione Sesqui-Centenaria dell'Unione Nord-Americana. Si annunzia che vi saranno rappresentati 42,000 dentisti di 29 Nazioni.

Ci riserviamo di darne ulteriori notizie.

Conferenza britannica sulla tubercolosi.

L'11ª Conferenza nazionale dell'Associazione Britannica Nazionale per la Prevenzione della tubercolosi è indetta a Londra per i giorni 6 e 7 luglio. Il tema principale sarà « La tubercolosi nell'infanzia »; la discussione verrà aperta da una relazione del von Pirquet di Vienna. Una relazione verrà fatta da Holger Möllgaard e Knud Faber, di Copenaphen, sulla terapia della tubercolosi con la « sanocrisina ».

Le adunanze si terranno nella Reale Società di Medicina, a Wimpole Street.

Il Congresso è aperto a quanti possano avervi interesse, dietro pagamento della quota di 1 ghinea.

Convegno regionale di dermosifilografi.

I dermosifilografi delle Tre Venezie si sono adunati il 18 aprile p. p. a Trieste, sotto la presidenza del prof. Breda, il quale rievocò la memoria del grande maestro prof. Nicolich: rispose il dott. Ravasini, facendosi interprete dei sentimenti dei colleghi di Trieste. Furono fatte interessanti comunicazioni seguite da discussioni dai dottori De Favento, prof. Freund e Ravasini di Trieste, Nardelli di Trento, Minassian, Franceschini, Fiocco e De Giovanni di Venezia.

Il centenario di Charcot.

Mentre il giornale va in macchina, viene celebrato, all'Ospedale della Salpêtrière di Parigi, l'anniversario del 1° centenario della nascita del grande neuropatologo I. M. Charcot.

A partecipare a questa festa di carattere internazionale è stato ufficialmente delegato dal Ministero della P. I. il prof. G. Mingazzini, unitamente ai proff. Donaggio, Negro, Ayala e al dott. Melotti.

Il prof. Sanarelli all'Università di Tolosa.

L'antica e illustre Università di Tolosa celebrerà prossimamente la solidarietà intellettuale latina, con una settimana di conferenze scientifiche. La Facoltà di Medicina ha chiamato a tenere conferenze: Roger, decano e professore della Facoltà Medica di Parigi; Sanarelli, professore e direttore dell'Istituto d'Igiene dell'Università di Roma; Bordet, professore e direttore dell'Istituto Pasteur di Bruxelles (premio Nöbel); Recasens, decano della Facoltà Medica di Madrid.

In onore del gen. Della Valle.

Il 17 maggio, nell'Ambasciata degli Stati Uniti, a palazzo Rospigliosi, il tenente colonnello Hume dell' Esercito Nord-Americano e il comandante Bainbridge della Marina Nord-Americana, rappresentanti dell'Associazione dei Medici Militari degli Stati Uniti, hanno consegnato la medaglia dell'Associazione stessa e il diploma al generale medico capo Della Valle, direttore generale della Sanità Militare dell'Esercito Italiano. Erano presenti l'ambasciatore, i segretari e gli addetti militare e navale e una rappresentanza dell'Esercito Italiano. Il tenente colonnello Hume rivolse parole di alta considerazione per l'opera prestata dal generale Della Valle durante la guerra mondiale, facendo risaltare come tale opera sia stata altamente apprezzata e valutata negli Stati Uniti e specilmene dalle competenti autorità militari americane.

Per il prof. Baduel.

Nella mattina del 13 maggio ebbe luogo, nella sede del Comitato Centrale della C. R. in Roma, via Toscana, una simpatica e significativa cerimonia: la consegna del brevetto di nomina a generale di brigata al direttore generale dell'Associazione, prof. gr. uff. Cesare Baduel, testè promosso dal ministro della guerra S. E. Mussolini. Erano presenti alla cerimonia il sen. Giovanni Ciraolo, presidente generale della C. R., tutti i funzionari, militari e civili, del Comitato Centrale e molti membri del Consiglio Direttivo. Il sen. Ciraolo, nel rimettere al gen. Baduel il brevetto, pronunciò uno smagliante discorso. Dopo di che sono state consegnate al gen. Baduel le stellette d'oro, dono del personale civile del Comitato Centrale. Il cav. Lapenna, a nome di tutti ha pronunziato affettuose parole di plauso e di augurio. Il gen. Baduel espresse la sua viva gratitudine.

Gli ufficiali della Croce Rossa avevano con una cerimonia intima, ma non meno affettuosa, offerto al gen. Baduel la sciabola d'onore e nell'occasione l'on. Giunio Salvi, colonnello medico della C. R., pronunziò nobilissime parole.

Trasferimento di malati di mente.

Per accordi intervenuti tra la provincia di Genova e quella nuova di Spezia, si è provveduto al trasferimento nel manicomio di Volterra di tutti gli infermi di mente appartenenti alla nuova provincia, che erano ricoverati nei manicomi di Quarto dei Mille (in numero di 170), Genova (70) e Cogoleto (30): un treno speciale proveniente da Cogoleto, scortato dal personale sanitario di Volterra, ha proceduto alla raccolta. Il provvedimento ha prodotto, naturalmente, penosa impressione nelle famiglie degli infermi.

Per i medici italiani all'estero.

L'« Istituto Nazionale per l'espansione economica Italiana all'Estero » ha preso la iniziativa — con l'appoggio di tutti i RR. Consoli ed Agenti Consolari italiani di ogni parte del mondo civile — di attuare un censimento di tutti i medici italiani residenti all'Estero raccogliendo altresì per quanto possibile notizie indidividuali per ciascuno di essi. Per mezzo di tale opportunissima inchiesta il suddetto Istituto si propone di porre in risalto le benemerenze varie dei Medici italiani residenti all'Estero, e, ad un tempo, di segnalare loro quanto di più meritevole di appoggio si produce oggi in Italia nel campo delle industrie sanitarie con possibilità di esportazione.

Tutti i medici che, o per avere risieduto qualche tempo all'Estero o per altre circostanze, abbiano notizie sicure di colleghi italiani residenti lontano dalla Patria, sono pregati di mandare informazioni o semplicemente il nome, cognome e indirizzo del collega o colleghi di loro conoscenza che risiedono all'Estero, tali informazioni e dati dirigendo all'« Istituto Nazionale per l'espansione economica Italiana all'Estero », via Silvio Pellico, n. 6, Milano. Saranno però, ben s'intende particolarmente gradite le notizie direttamente mandate da medici italiani residenti all'Estero, con cenni biografici ed eventualmente anche fotografie, ecc. riguardanti anche le Istituzioni ospedaliere, di beneficienza, ecc. Italiane, di qualsiasi Paese del Globo.

L'Istituto di Saratow sul Volga.

Zeiss descrive l'istituto governativo di epidemiologia e microbiologia creato a Saratow nel 1918. Il governo russo ha contemporaneamente fondato istituti di tal genere a Eriwan (Armenia), Baku, Taschkent (Turkstan), Tiflis, Buchara e Charkow. Questo dà una idea del vasto programma del Governo per conoscere e combattere le malattie infettive.

L'Istituto di Saratow è perfettamente equipaggiato per tutte le osservazioni di batteriologia e di medicina tropicale. Prepara vaccini ed ha una sezione clinica. Molto interessante il museo.

Degna di considerazione l'opinione di Nikanorow, il quale pensa che la peste anzichè a mezzo di ospiti intermedi sia sempre direttamente trasmessa da uomo a uomo. (*Pathologica*, 15 mar. 925).

L'Istituto del cancro di Buenos Aires.

Reca il nome di « Istituto di chirurgia sperimentale » allo scopo di occultare agli infelici che vi sono ricoverati la natura del loro terribile male. Trasse origine da una comunicazione fatta nel 1912 all'Accademia di Medicina di Buenos Aires dal prof. Grandwell in nome del dott. Angel H. Roffo sul cancro sperimentale. È diretto, appunto, dal dott. Roffo, uno dei più reputati oncologi viventi; ha un indirizzo prevalentemente biologico; comprende un grande padiglione di servizi clinici, con un consultorio; uno di ricerche scientifiche sperimentali e di terapia fisica (roentgenterapia, curieterapia, raggi ultra-violetti, alta frequenza, diatermia, ecc.); uno di anatomia patologica; uno stabularium. Tra gli studi compiuti nell'Istituto sono da segnalare quelli sull'elettro-osmosi delle cellule neoplasiche, sulla chimica fisica del siero di cancerosi irradiati, sul ricambio respiratorio delle cellule normali e tumorali, ecc. (*Medicina Ibera*, 25 aprile 1925).

Nella biblioteca medica di Parigi.

La biblioteca della facoltà medica di Parigi che aveva un fondo annuo di franchi 44,000, lo ha ridotto dal 1924 a Fr. 26,000 e si sono quindi notevolmente limitati gli abbonamenti anche a giornali importanti.

Le medichesse al Collegio dei medici d'Inghilterra.

Il « Royal College of Physicians », ha stabilito che le donne possono essere eleggibili al « fellowship ».

Nuovi periodici.

Il « British Journal of Venereal Diseases » sarà consacrato esclusivamente alle malattie veneree (includendovi la sifilide), con esclusione delle malattie cutanee; comprenderà contributi originali e riviste critiche. Intende rivolgersi sia agli specialisti, sia ai pratici generali. Sarà diretto da L. W. Harrison ed E. R. T. Clarkson; sarà edito da Constable & Co. (Orange Street, Leicester Square, London W. C. 2); l'abbonamento importa 1 sterlina).

Riduzione di studenti di medicina in Germania.

La « Deut. Mediz. Wochens. » informa che nel semestre invernale 1922-23 vi furono 13,489 studenti medici in Germania, tra i quali 1732 donne e 2204 stranieri; che nel semestre estivo del 1924 il numero totale era ridotto a 9316, di cui 1373 donne e 1962 stranieri (tra i quali 280 donne).

Assoluzione di un medico.

Il dott. Felice Lanzarini, direttore dell'Ospedale di Pellestrina (Venezia), su denunzia del presidente dell'Ordine dei farmacisti della provincia di Venezia, sig. Lando, era stato condannato dal pretore urbano a una multa di L. 2000, per avere rilasciato ricette prescriventi medicinali compresi nell'elenco degli stupefacenti (polvere del Dover, oppio), senza segnare con precisione il domicilio dei malati. In seguito a interposto appello, il Tribunale di Venezia ha cassato la sentenza mandando assolto il medico, perchè « il fatto addebitatogli non costituisce reato ». Dal dibattimento è risultato che lo spirito del regolamento il quale stabilisce l'obbligo di trascrivere sulla ricetta le dosi in lettere, il nome e il domicilio del cliente, si riferisce a stupefacenti al disopra del minimo di percentuale di sostanza eroica, capace di esplicare un'azione stupefacente, mentre le dosi prescritte dal Lanzarini (polvere del Dover 10 cg.; oppio 1 cg.) erano decisamente al disotto di tale limite).

Denunzia di un farmacista.

Il farmacista Cesare Pisano di Sassari è stato denunciato all'autorità giudiziaria per violazione dell'art. 15, ultimo comma, della legge su l'esercizio delle farmacie, essendo stati prelevati dalla sua farmacia, in occasione di un'ispezione straordinaria alle farmacie della Sardegna, alcuni campioni di pillole e di cachets antimalarici da lui preparati, nei quali l'analisi accertò un contenuto di chinina notevolmente inferiore alle dosi indicate sull'etichetta; con decreto 30 marzo del Ministero dell'Interno è stata proibita la vendita al pubblico di detti prodotti in tutto il Regno e ne è ordinato il temporaneo sequestro presso chiunque si trovino.

Il lisoformio in Tribunale.

La XII Sezione del Tribunale di Roma ha assolto, in appello, tre droghieri incolpati e condannati per vendita di lisoformio. L'appello era stato promosso dalla ditta Brioschi. La difesa sostenne che il lisoformio non è un medicinale, come non lo è l'estratto di tamarindo, per quanto nominati nella F. U., come del resto vi è nominato anche lo zucchero. Il P. M. nella sua requisitoria ha considerato il lisoformio come un prodotto d'uso comune.

Elargizioni e lasciti.

Il dott. Giovanni Rizzi, medico primario dell'Ospedale Maggiore di Milano, aveva già elargito circa L. 600,000 alla Casa dei poveri, L. 260,000 per la fondazione di un padiglione nell'Ospedale, L. 400,000 per la fondazione della cattedra di biochimica; morendo ha legato altre 300,000 lire al l'Ospedale, L. 100,000 alla cattedra e altre somme ingenti alla Casa di riposo infermieri, al Dormitorio pubblico, all'Asilo Regina Elena per madri povere. Alla memoria di questo medico filantropo vada il commosso plauso dei colleghi.

I medici russi rifugiati in Francia.

Secondo quanto riferisce un settimanale francese, arvebbero trovato rifugio in Francia 75 medici russi in massima parte impiegati come manovali in officine e stazioni ferroviarie.

Essi si raccomandano ai colleghi francesi per essere adibiti a qualche lavoro piu consono alla loro attitudine e alle loro conoscenze, ma non sembra che fino ad ora la loro insistente richiesta sia stata accolta.

Il 7 maggio cessava di vivere, dopo lunga malattia, in S. Angelo Limosano, il dott. COSTANTINO MARONE, di anni sessanta. Fu ufficiale sanitario e medico condotto di quel comune per circa un trentennio. Ligio ai suoi doveri, era amato e stimato dalla popolazione tutta. Alla famiglia sentite condoglienze.

I. P. MINOTTI.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

Altre pubblicazioni non di nostra ediz one a disposizione degli associati al " Policlinico ":

Prof. G. PERRANDO

MANUALE DI MEDICINA LEGALE

Un volume in-16, rilegato in tela, di pag. XVI-916, con 273 figure intercalate nel testo. In commercio **L. 46** più le spese di spedizione postale e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 43.90** franco di porto.

Prof. LUIGI FERRANNINI **I MEDICAMENTI USUALI**

Un volume in-16, di pag. IV-214. **L. 6**, più le spese di spedizione postale e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 5.75** in porto franco.

ENDOCRINOLOGIA

Lezioni tenute ai R.R. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano dai Proff. **LIVINI, RONDONI, PEPERE, PENDE e CORONEDI**

Un volume in-8, di pag. 322, con numerose figure intercalate nel testo e due tavole a colori fuori testo. Prezzo **L. 15** più le spese di spedizione postale e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 14.30** in porto franco.

ANAFILASSI

Lezioni tenute ai R.R. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano dai Professori: **Lustig, Cesaris-Demel, Comba, Rondoni, Frugoni, Fichera, Cesa-Bianchi, Micheli, Zironi, Belfanti.**

Un volume in-8, di pag. 363, nitidamente stampato su ottima carta. In commercio **L. 15** più le spese di spedizione postale. Per i nostri abbonati sole **L. 14.30** in porto franco.

FUNZIONI E DISFUNZIONI TIROIDEE

Lezioni tenute ai R.R. Istituti Clinici di perfezionamento in Milano dai Proff. **CASTALDI, PIGHINI, CERLETTI, ROSSI, LUGARO.**

Un volume in-8, di pag. 287, nitidamente stampato, con figure intercalate e 33 tavole fuori testo. In commercio **L. 15** più le spese di spedizione postale. Per i nostri abbonati **L. 14.30** in porto franco.

Prof. GIOVANNI PETELLA.

Le malattie del cuore secondo le vedute moderne.

(ad uso dei medici pratici e degli studenti).

Ristampa 1924, con lettera del prof. A. CARDARELLI

Un volume in-8, di pagine VII-339, nitidamente stampato su carta di lusso, con 29 figure intercalate nel testo. In commercio **L. 24** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Pei nostri abbonati sole **L. 22.90** franco di porto.

Prof. GUIDO MENDES.

La diagnosi delle localizzazioni polmonari d'inizio della tubercolosi con speciale riguardo alle ricerche radiologiche.

Un volume in-8 grande, di 116 pagine, con una figura nel testo e 10 tavole radiografiche in carta americana. — In commercio **L. 10** più le spese postali di spedizione; per gli associati al « Policlinico » sole **L. 9.25** franco di porto.

Prof. C. P. GOGGIA **Quesiti di Diagnostica e di Clinica Medica**

Un volume in-16, di pag. X-540, con 84 figure nel testo, elegantemente rilegato in piena tela. In commercio **L. 28** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 27.40** franco di porto.

Prof. FRANCESCO SCHIASSI

L'Insulina nella cura del diabete

Un volume in-16, di oltre 150 pagine con tabelle nel testo e fuori testo. Prezzo **L. 15.** Per i nostri abbonati sole **L. 13.90** franco di porto.

Prof. ARTURO MORSELLI **Manuale di Psichiatria**

(2ª edizione riveduta ed ampliata).

Un volume in-16, di pag. XIX-632, con 34 figure nel testo, elegantemente rilegato in piena tela. In commercio **L. 33,** compreso l'aumento del 10 % per le spese postali di spedizione e di imballaggio. Pei nostri abbonati sole **L. 31.25** franco di porto.

Prof. E. TROMBETTA **Medicina d'Urgenza**

(Vade-mecum diagnostico-terapeutico e formulario ragionato ad uso dei medici pratici).

(2ª Ed. interamente rifatta a cura del **Dott. C. Trombetta di Edmondo**)

Un volume in-16 (formato tascabile), elegantemente rilegato in tela di pag. XIV-645. In commercio **L. 18** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 17.40** franco di porto.

Prof. G. P. GOGGIA.

Formulario ragionato di Clinica Medica Terapeutica

(5ª edizione nuovamente riveduta ed ampliata)

con 32 figure nel testo.

Un volume in-16, di pagine XV-851, rilegato in tela. In comm **L. 35** più le spese postali di spedizione e di imballaggio. Per i abbonati sole **L. 32.90** in porto franco.

Prof. O. COZZOLINO.

Formulario Pratico Ragionato di Clinica Pediatr

(3ª edizione riveduta e ampliata).

Un volume in-16, di pag. XXX-372, rilegato in tela. In comm **L. 18** più le spese postali di spedizione. Per i nostri abbonati **L. 16.90** in porto franco.

Prof. GAETANO VIALE **Quesiti di Fisiologia Uma**

Un volume in-16, di pag. 406, con 30 figure intercalate nel t In commercio **L. 24** più le spese postali di spedizione e di imballa Per i nostri abbonati sole **L. 22.75** franco di porto.

Prof. CARLO FRUGIUELE **Compendio di oftalmolo**

(3ª edizione riveduta e ampliata).

Un volume in-16, rilegato in tela, di pag. 507, con 271 figure testo e 6 tavole a colori. In commercio **L. 45** più le spese posta spedizione e di imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 43.25** fr **di porto.**

Prof. G. CRISTALLI.

Manuale di Ostetricia per i Medici prati

(3ª edizione riveduta e ampliata).

Un volume in-16, di pag. XIX-799, rilegato in tela, con 269 fi intercalate nel testo. In commercio **L. 42** più le spese postali di dizione e imballaggio. Per i nostri abbonati sole **L. 39.80** in p franco.

Prof. P. SCERVINI.

Compendio di Patologia e Terapia delle malattie della Bocca e dei Den

(3ª edizione).

Un volume in-16, tascabile, di pag. XII-314, elegantemente rile in tela **L. 10** più le spese postali di spedizione e imballaggio. i nostri abbonati sole **L. 9.25** franco di porto

Dott Prof. LUIGI SILVESTRINI

Patologia e Chirurgia della milza

(Studio sperimentale e clinico)

Un volume in-8 di pagine 402 nitidamente stampato su car macchina uso mano. Prezzo L. 35. Per i nostri abbonati sole L. 3 franco di porto.

Prof. ERIBERTO AIEVOLI **Quesiti di Patologia, Clinica e Terapia Chirurg**

Un volume in-16 grande, di pagine VI-426, elegantemente rileg in piena tela **L. 28** più le spese postali di spedizione ed imballagg Per i nostri abbonati sole **L. 27.25** franco di porto.

Prof. ERIBERTO AIEVOLI

Docente di Chirurgia — Chirurgo nell'Ospedale Loreto in Napoli.

Diagnostica differenziale chirurgica e semeiolog

(3ª edizione ampliata).

Un volume in-8, di 834 pagine, con 199 figure intercalate nel tes In commercio **L. 55** più le spese postali di spedizione ed imballagg Per i nostri abbonati sole **L. 52.90** franco di porto.

Prof. C. BRUNI.

Compendio di Clinica Terapeutica delle MALATTIE URINARIE

AD USO DEI MEDICI E DEGLI STUDENTI

(Seconda edizione).

Un volume in-16, di pag. XXVIII-352, con 76 figure intercalate n testo, ed elegantemente rilegato in piena tela. In commercio **L.** più le spese di spedizione postale e di imballaggio. Per i nostri a bonati sole **L. 18.75** in porto franco.

Prof. GUGLIELMO BILANCIONI.

La laringe e il sistema nervoso cerebro-spinale.

(Fisio-Patologia e Clinica).

Volume in-8, di circa 480 pagine, con 37 figure intercalate nel testo Prezzo **L. 18.** Per i nostri abbonati sole **L. 16.50** franco di porto.

Dott. MASSIMO CAMPEGGIANI.

La diagnosi della sordità nei suoi rapporti clinici e sociali.

Volume in-8 grande, di circa 100 pagine, con una tavola. In commercio **L. 8** più le spese postali di spedizione. Per i nostri associati sole **L. 7.50** franco di **porto.**

Per ottenere quanto sopra inviare vaglia postale al Cav. LUIGI POZZI, Via Sistina 14 - Roma.

ANNO XXXII Roma, 8 Giugno 1925 Fasc. 23

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

ARGOMENTI D'ATTUALITÀ

CLINICA OSTETRICA GINECOLOGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretta dal prof. E. PESTALOZZA.

Qualche considerazione sul forcipe di Kielland.

Dott. R. BOMPIANI, assistente.

Mentre nei paesi di lingua tedesca fervono tuttora le discussioni sui danni e vantaggi che il forcipe di Kielland presenta sugli usuali modelli, da noi, se ne togli le due comunicazioni fatte nei Congressi di Trieste (ottobre 1921) e di Napoli (aprile 1924) alla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, rispettivamente dal Gall e dal Piccoli, manca qualsiasi accenno nella letteratura, su questo argomento. Ond'è che quasi raccogliendo l'invito fatto in quelle occasioni dal Mangiagalli e dal Guzzoni, di provare questo forcipe per potere dall'esperienza dei singoli trarre un giudizio sulla pratica utilità di esso, mi accingo a riferire dell'esperienza fattane nella Clinica di Roma, in questo ultimo anno. Si tratta soltanto di uno scarso numero di casi, perchè come risulterà in appresso dalle singole storie cliniche, abbiamo limitato l'uso del forcipe di Kielland *alle posizioni trasversali o quasi, a testa fetale alta allo stretto superiore o mobile al di sopra dell'ingresso*, semprechè non esistesse sproporzione fra le parti messe a confronto e che ci sembrasse indicato espletare il parto con l'uso della vis a fronte.

Come ha dimostrato il Kielland, il forcipe classico è uno strumento ideale, quando possa essere applicato sugli estremi del diametro biparietale, a testa già ruotata o quasi. Infido invece, quando si tratti di applicazioni alte specialmente se in bacini leggermente ristretti nel diametro antero-posteriore, nei quali il vertice f. per questa stessa ragione si mantiene sul trasverso. È in questi casi che il forcipe di Kielland trova la sua giusta indicazione.

È noto infatti che nelle applicazioni alte, dovendosi procedere ad una presa diretta, questa dovrà risultare notevolmente asimmetrica per il feto, spesso anche addirittura nel diametro frontooccipitale; da ciò difficoltà prima nella messa in posto delle branche, poi nell'articolazione e finalmente facilità a lasciare la presa, o possibilità se si eserciti una trazione un po' forte, di ecchimosi, compressioni e qualche volta anche di depressioni o fratture delle ossa craniche.

Egualmente troverà utile impiego nelle presentazioni posteriori, in cui altrimenti necessita procedere ad una doppia applicazione o a ruotazioni esagerate, che non di rado finiscono con estese lacerazioni delle parti alte della vagina, del collo e qualche volta perfino della vescica.

Per quanto il moderno indirizzo della terapia ostetrica abbia allargato notevolmente i limiti del taglio cesareo nella sua tecnica soprasinfisaria e nella extraperitoneale, riducendo notevolmente il numero delle applicazioni a testa mobile o per lo meno alta, capiteranno a tutti dei casi in cui o per il mancato ricovero in tempo opportuno in ambiente adatto, o per una non esatta valutazione delle difficoltà inerenti ad una modica sproporzione tra canale pelvico e testa fetale, o per il rifiutarsi della paziente e della famiglia stessa ad un atto laparatomico, questo non potrà essere eseguito; e d'altra parte mentre si fa urgente il bisogno di terminare il parto, non si voglia ricorrere ad una craniotomia a feto vivo. È in queste condizioni che il forcipe di Kielland può qualche volta renderci servizi veramente singolari.

Un caso di questo genere capitò a me circa un anno e mezzo fa: si trattava della sorella di un medico, la quale dopo cinque giorni e quattro notti di periodo dilatante, intensamente doloroso reclamava e con lei la famiglia la liberazione. Lo scheletro era regolare, il bacino ben conformato, il promontorio all'esplorazione vaginale non si raggiungeva. Non esisteva quindi viziatura pelvica. La testa fetale, però, benchè primipara, si era sempre mantenuta al di sopra dell'ingresso. Era mia intenzione di sperimentare il periodo espulsivo, perchè mi ero fatto la convinzione che non esistendo una vera sproporzione tra i diametri materni e fetali, quella testa avrebbe finito almeno per impegnarsi profondamente ed allora sarebbe stato facile terminare il parto con una applicazione di forcipe. Ma pressato da quello stato di orgasmo che circonda una partoriente nella così lunga e snervante attesa dell'evento tanto desiderato e temuto, ed anche dall'iniziale sofferenza fetale (si era avuta rottura prematura delle membrane), mi accinsi in narcosi a completare manualmente la dilatazione uterina che era rimasta sui sette centimetri, e procedetti poi ad una applicazione di forcipe.

Si trattava di una destra anteriore, poco od affatto ruotata. Un primo tentativo con il Pasquali, mi fece intendere che se avessi insistito, avrebbe lasciato la presa, perciò lo tolsi e riprovai, dopo aver cercato di completare manualmente la rotazione. Ma anche questa volta il tentativo riuscì infruttuoso: le branche benchè in alto, tanto che l'articolazione era completamente in vagina, scivolavano sulla testa fetale. Stavo per arrendermi e proporre di trasportare la donna in clinica, per eventualmente procedere al taglio cesareo, quando volli fare un ultimo tentativo con il Kielland, che in previsione di speciali difficoltà, avevo portato con me. Confesso però che avevo adoperato soltanto una volta questo forcipe e che ero molto perplesso se usarlo o meno; tuttavia poichè il non riuscire a terminare il parto avrebbe voluto dire uno scacco non indifferente, mi decisi a provare. La messa in posto delle branche riuscì facilissima, e dopo pochi minuti con una modica trazione, estrassi un bel bambino vivo del peso di 3,800. Una piccola lacerazione dei genitali fu suturata con qualche punto in catgut.

La famiglia che era stata per più di un'ora in trepidazione, ma che certo non aveva vissuto i momenti della mia intima angoscia, gridò al successo e mi accordò quella fiducia che con altrettanta facilità sarebbe stata pronta a togliermi, se per la mancanza del Kielland nella mia busta quella mattina, i miei tentativi non fossero riusciti.

Deve essere stato il ripetersi di casi fortunati di questo genere ed al contrario di altri poco fortunati, che hanno indotto in Germania ed a Vienna, lo stabilirsi di due correnti di opinioni opposte, per cui mentre da alcuni autori, il forcipe di Kielland è ritenuto l'optimum dei modelli, per altri, come rilevava l'ideatore stesso, addirittura micidiale. Esponente di questo stesso contrasto è il fatto che a Vienna, mentre nella 1ª Clinica l'uso ne è assolutamente bandito, esso è adoperato ad esclusione di altri tipi nella 2ª. Antagonismi di Scuola! Ma più probabilmente la causa dei contrasti è riposta oltrechè alle difficoltà inerenti alla tecnica, che presuppone una esatta diagnosi di posizione ed ai pericoli ad essa legati, nel fatto che si è domandato ad esso più di quanto potesse dare.

Si è cominciato a volere accordare a questo forcipe, in stretta unione con la testa fetale una azione dilatante sul collo uterino, simile ma ancora più efficace a quella propria del sacco delle acque. (Spitzer: *Zentr. f. Gyn.*, 1923, n. 22). Afferma questo A. che su 132 applicazioni di f. Kielland nel 35 % dei casi la dilatazione era quasi completa e nel 30 % quanto un palmo di mano: la dilatazione si sarebbe in tutti i casi completata senza che si avessero lacerazioni del collo! L'A. lo dice e noi non possiamo metterlo in dubbio, ma certo si rimane un po' increduli.

Il dover poi affermare che questo mezzo come azione dilatante sia più efficace a ciò che la natura sempre provvida ha predisposto — legge ar-

tis: il sacco delle acque — e che l'uomo ha cercato di imitare: pallone di Champetier, ci sembra per lo meno azzardato. Potremo riconoscere al Kielland una minore facilità a produrre quelle profonde lacerazioni del collo, alcune volte pericolose per l'emorragia, che si verificano in genere durante il movimento di rotazione con gli altri forcipi; ma come fa notare Wyder anche nel parto normale è quasi fisiologico che si producano lacerazioni del collo. D'altra parte abbiamo dovuto constatare che come esistono dei colli che non si dilatano con le sole forze della natura, nè con gli espedienti messi in uso dall'uomo, così anche col Kielland, se non si incidono preventivamente, si lacerano. Si è poi voluto affermare che il forcipe di Kielland potesse servire come mezzo di cura in tutte le viziature pelviche di grado non troppo pronunciato (Hirscberg: *Zentr. f. Gyn*, 1923, n. 22). Ora se dobbiamo riconoscere che esso può veramente esserci utile nei casi di « pelvis plana », purchè si tratti soltanto di una modicissima viziatura, non si deve domandare a questo come a nessun altro forcipe l'azione riducente (Spitzer) a meno di correre il rischio di fare delle craniotomie larvate.

Così Fink, della Clinica di Konisberg (*Zentr. f. Gyn*, n 8, 1924) riferisce di 5 casi di morte del feto per traumatismi cranici; egli afferma che il forcipe era bene applicato e la corrispondenza dei diametri pelvi-fetali normale, ma non dice però se fu esercitata una trazione esagerata. Anche nei casi di Meumann (*Zentr. f. Gyn*, n. 5, 1923), Bruch e Mayer (riferiti nel lavoro di Fink), si ebbero pure lesioni varianti dalle impressioni sui parietali ad ematomi e fratture degli stessi.

E già che siamo venuti a parlare di morte del feto per l'uso di questo forcipe, dobbiamo ancora ricordare che Gansbauer (*Zentr. f. Gyn*, n. 48, 1924) riferisce di un caso il cui cordone fu afferrato fra l'estremo della cucchiaia, ed il mascellare del feto e la pressione fu tanto forte, che il cordone stesso si lacerò dando luogo alla morte del feto. In un altro caso pure dello stesso A. si ebbe, durante l'introduzione della prima branca lacerazione del funicolo con conseguente grave emorragia. In altri casi pure, durante le manovre per la messa a posto delle branche, si sarebbe verificato il prolasso del cordone. Fink poi accenna anche ad un altro inconveniente che pure può verificarsi nell'introduzione della prima branca, per cui la testa può risalire notevolmente in alto. In un caso personale, ed in uno di Hammerschlang, si verificò questo fatto per cui bisognò terminare il parto con il rivolgimento.

Ritornando ora alle indicazioni materne, si è detto che questo forcipe, grazie all'articolazione mobile e scorrevole sul proprio asse, riesce specialmente utile nelle posizioni asinclitiche. Ciò è vero, soltanto però se il grado di asinclitismo non è esagerato. Va poi tenuto conto che esso rappresenta un meccanismo di adattamento col quale la natura cerca di superare l'ostacolo (viziature lievi, grado di inclinazione pelvica), in secondo anche del grado dell'asinclitismo stesso. Come Heim (*Zetr. f. Gyn.*, n. 8, 1924) ha dimostrato, anche il Kielland se l'asinclitismo è esagerato, non può vincere l'ostacolo.

D'altra parte Wider (*Zentr. f. Gyn.*, n. 12, 1924) giustamente rileva che questo forcipe, non è a rigor di termini un forcipe assiale, ossia che consenta una trazione secondo la linea ombelico-coccigea. In questo senso anzi, lo supera notevolmente il Tarnier, che permette di modificare la trazione secondo l'asse dello scavo e in modo più graduale.

Infine dopo avere accennato che quasi tutti gli ostetrici attualmente ritengono che il Kielland debba essere usato almeno a testa già fissa, ci pare utile considerare i pericoli a cui l'applicazione di questo forcipe può dar luogo. Per la tecnica rimando al *Prontuario di terapia ostetrica* del Gaifami (Roma, Pozzi, 1923).

È certo che la rotazione assiale di 180 gr. che si deve imprimere alla prima branca, a segmento inferiore già disteso, impressiona e rende titubante chiunque si accinga a farlo. Però stando alla statistica di Spitzer sopra circa 2000 applicazioni riferite nella letteratura, l'inconveniente della rottura d'utero mai si sarebbe verificato. Vero è che più tardi ne furono esposti due casi di Fink e che in genere gl'inconvenienti gravi vengono volentieri taciuti; d'altra parte è certo che non si dovrà mai procedere ad applicarlo se esistono i segni della minacciante rottura. Secondo Wyder poi, poichè la trazione con il Kielland si esercita in direzione pubica, anche i traumatismi vescicali sono possibili. Si potrebbe avere anche la disgiunzione delle sinfisi (pubica in special modo), soltanto però quando esistano condizioni speciali predisponenti.

Le lacerazioni vaginali per accordo unanime sarebbero meno frequenti, non così quelle perineali: secondo Fink infatti, esse si sarebbero verificate nel 70 % dei casi.

Questi i principali vantaggi ed inconvenienti che mi pare nella rapida disamina della letteratura, avere obiettivamente passati in rassegna. Vediamo ora i risultati rispetto alla mortalità materna e fetale.

Come giustamente fa rilevare Riediger (*Zentr. f. Gyn.*, n. 30, 1923) l'esperienza personale conta

molto e così anche l'usare il modello originale od altri anche soltanto lievemente modificati. Il Riediger, in base all'esperienze della Clinica di Dortmund (35 casi) in cui si usa esclusivamente questo forcipe, se ne mostra assai favorevole. Heidler (*Zentr. f. Gyn.*, n. 31, 1923) ha usato e fatto usare 150 volte il Kielland ed è venuto alla conclusione, che ciò che non si può ottenere con questo forcipe non si ottiene con nessun altro tipo. Tanto Heim che Wyder invece (articoli già citati) pur riconoscendo al Kielland notevoli pregi, pensano che l'uso del forcipe assiale secondo il modello del Tarnier, conserverà sempre la sua particolare indicazione.

Secondo Bockelman (*Zentr. f. Gyn.*, n. 12, 1924) tanto la mortalità materna che fetale risulterebbe eguale a zero; di più in nessuno dei 65 casi si sarebbe verificata paralisi del facciale. Spitzer infine che riferisce dell'esperienza di 132 casi su 11,000 parti della Clinica di Vienna, ed in cui la prova fu fatta 59 volte (45 %) per applicazioni alte, 61 a testa già scesa nello scavo, ed in 12 già nello stretto inferiore, non si sarebbe mai verificata mortalità materna; e quella fetale che è normalmente di 13.4 % secondo Winckel, ma che ascende nel 45 % nelle applicazioni alte, si sarebbe verificata in quelle con il Kielland solo nel 5 %. Fink che abbiamo già detto fra gli oppositori, riconosce che se bacino e feto sono del tutto normali, l'applicazione è qualche volta di una straordinaria facilità, basta però la minima sproporzione perchè l'estrazione possa divenire impossibile.

Vediamo ora ciò che risulta in base alla nostra esperienza. Riferisco brevissimamente le storie e per quel tanto che mi sembra possano interessare.

Sch. 1245. Natalina Falconi, ing. 10 giugno, a. 33, IV para. I primi tre parti in podalica. U. M. 15-8-23 viziatura pelvica: lieve sproporzione fra testa fetale e bacino. Data la conformazione dell'addome notevolmente più espanso nella metà inferiore che nella alta, si pensa ad una anomalia uterina. La testa a dilatazione completa si mantiene all'ingresso sul trasverso. Appl. di Kielland all'ingresso, facile discesa, rotazione ed estrazione ancora più facile. Il feto nasce vivo e pesa 3.300

Sch. 1363. Pistelli Filippina, ing. 27 giugno, a. 31, III para. I parto spontaneo con feto nato morto, II macrosoma asfittico non rianimato. U. M. 26-9-23, tracce d'albumina, si raggiunge il promontorio ma con difficoltà; bacino a tipo piatto rachitico. A dilatazione completa si prova la posizione di Walcker, nella speranza che la testa s'impegni. Ciò infatti succede e dopo 4 ore di questa posizione si constata che l'adattamento è avvenuto con il meccanismo dell'asinclitismo anteriore. Si tratta di destra posteriore: si procede senz'altro in narcosi con il Kielland. L'asinclitismo obbliga le cucchiaie a rimanere ad una differente altezza, ma facilmente e soltanto con una modica trazione, mentre la testa discende nello scavo, l'asinclitismo si corregge spontaneamente. Un lembo di collo ancora incappuccia anteriormente la testa e nel momento della rotazione si lacera a sinistra ed anteriormente. Il feto vivo, pesa 4.300. Al momento della sutura si riconosce che la lacerazione si è prodotta su una vecchia cicatrice, puerperio leggermente febbrile.

Sch. 1062. Venturi F., ing. 18 maggio, a. 27, I para. U. M. 25-7-1923, gr. oltre il termine da circa 20 giorni. Inerzia nel periodo espulsivo, febbre in travaglio, putrefazione del liquido amniotico. Tentativi infruttuosi di applicazione di forcipe a domicilio: genitali esterni edematosi, lacerati. Il bacino è normale, il feto però sembra voluminoso. Prima dell'intervento, si constata esistere una profonda lacerazione del fornice destro che si estende molto in alto; il collo è completamente scomparso, la testa rimane fissa all'ingresso. Applicazione del Kielland sul trasverso, facile estrazione, feto vivo 3.700. Puerperio febbrile.

Sch. 1431. Mozzatelli Maria, ing. 7 luglio, a. 30. II para. I feto morto durante il travaglio. U. M. 3-11-23, bacino totalmente regolarmente ristretto, coniugata vera 8-3. Per febbre ed iniziale sofferenza fetale si decide di espletare il parto. Il rivolgimento data la incompleta dilatazione e più che tutto la perdita delle acque avvenuta da molte ore si ritiene poco prudente, e si decide perciò di provare il forcipe. Primo tentativo con il Pestalozza infruttuoso, poi con il Kielland. L'applicazione è un po' indaginosa ed occorre far passare la prima branca lateralmente: finalmente vi si riesce e l'estrazione avviene con una certa difficoltà inerente alla viziatura ed alla incompleta dilatazione. Il feto nasce in asfissia bianca e non si riesce a rianimare. Pesa 3.160. Estesa lacerazione del collo, perdita involontaria delle urine, catetere a permanenza che si toglie in 11ª giornata. Non esiste però una vera fistola e la perdita si riconosce dovuta a sfiancamento dello sfintere interno dell'uretra. Puerperio febbrile.

Sch. 294. Torsi Francesca, a. 40. IV para, tre parti artificiali, due con feti vivi, un rivolgimento (per placenta previa centrale); ha avuto anche sei aborti. Lievissima viziatura pelvica. Dopo tre ore di periodo espulsivo la testa rimane sempre mobile sull'ingresso, senza tendenza all'impegno: si prova col Kielland. L'applicazione della prima branca in un primo tentativo non riesce perchè essa tende a porsi troppo lateralmente, la seconda volta invece ciò avviene con facilità. Avevamo sbagliato la diagnosi di posizione! Alla semplice trazione di prova, il feto discende bene. Il feto vivo, pesa 3.400.

Gaggerini Felicita, entra il 13-4-1924, a. 29. U. M. 13-7, II para. I parto normale, feto piccolo. Questa volta si è avuta rottura prematura delle membrane, putrefazione del liquido amniotico e febbre in travaglio: dilatazione incompleta. Un primo tentativo con il forcipe comune non riesce; si prova allora con il Kielland che facilmente libera la donna. Feto pesa 3.600, asfittico rianimato. Lacerazione del collo saturata con tre punti in catgut.

E. C. entra in casa di salute per il precedente di un parto distocico terminato con rivolgimento e morte del feto. Questa volta è gravida a termine e desidera assolutamente un bambino vivo. Non esiste viziatura pelvica, ma soltanto un grado di inclinazione esagerata ed un'altezza del pube di circa 7 cm. Il feto dalle misure esterne sembra normale. La dilatazione si compie normalmente e soltanto però dopo un periodo di valide contrazioni la testa s'impegna con il meccanismo dell'asinclitismo posteriore. Dopo circa 4 ore, poichè il parto non procede ed alle contrazioni valide è succeduta l'inerzia, s'interviene in narcosi applicando il Kielland. L'introduzione della prima branca riesce facile, non così quella della posteriore per cui bisogna rinnovare più volte il tentativo. Finalmente vi si riesce e con sorprendente facilità senza l'impiego quasi di nessuna forza, si estrae un bel bambino di 3.400 grammi. Nessuna lacerazione.

Di fronte a questi casi, ad esito in complesso fortunato, ne stanno nella nostra statistica altri tre meno felici. In uno: Micheletti E., sch. 943, si trattava di una III para a parti precedenti laboriosi in cui dovendosi procedere ad una applicazione di forcipe nell'interesse del feto (testa ancora mobile allo stretto superiore) si volle tentare direttamente il Kielland, ma nella messa in posto della prima branca si ebbe l'impressione, e certamente si produsse come poi potemmo constatare una volta espletato il parto, una lacerazione sottoperitoneale del segmento inferiore. La branca fu tolta, ed il tentativo rinnovato con il forcipe comune che riuscì rapidamente a liberare la donna. La cavità fu drenata con garza al vioformio e la paziente non ne ebbe conseguenze.

In un altro caso, un doppio tentativo di portare in basso la testa, sia con il forcipe comune che con il Kielland riuscì infruttuoso tanto che nella speranza di avere ancora un bambino vivo, si pensò di terminare il parto con il rivolgimento, ma per le difficoltà incontrate poi nell'estrazione, si dovette eseguire la craniotomia sulla testa seguente; si trattava di un feto macrosoma sui 4300 escerebrato. Finalmente il terzo caso riguarda Muzi Assunta, sch. 436, di a. 35, primigravida, portatrice di un bacino leggermente ristretto specie in senso trasversale. Travaglio torpido durato quattro giorni, applicazione del pallone di Champetier. Reclamando la donna di essere liberata e sempre per la solita triade, rottura precoce delle membrane, putrefazione del liquido amniotico e febbre in travaglio, si credette opportuno in narcosi completare la dilatazione del collo e procedere col forcipe. I tentativi fatti con il Pestalozza prima, con il Kielland, e finalmente col Tarnier riuscirono infruttuosi, per cui anche questa volta bisognò terminare il parto con una craniotomia a feto vivo. Circostanza sempre assai incresciosa.

Questa la rapida rassegna dei nostri casi.

Per quello che riguarda la tecnica, poco abbiamo da osservare: l'introduzione della prima branca ci è riuscita quasi sempre facile; in un caso però, come abbiamo dovuto riferire, si produsse una rottura sottoperitoneale del segmento inferiore, per fortuna senza conseguenze. In un caso soltanto di asinclitismo posteriore accentuato fu difficile l'introduzione della branca posteriore.

Per ciò che riguarda l'azione dilatante di questo forcipe in unione con la testa fetale, dobbiamo dire che ci è sembrata nulla o quasi e siamo convinti che molte delle difficoltà incontrate con questo, come del resto con gli altri forcipi, sono appunto dovute alla incompleta dilatazione; condizione in cui alcune volte per necessità si è costretti ad intervenire. Anche le lacerazioni del collo si sono verificate con il Kielland come con gli altri modelli, non così invece dobbiamo dire per le lacerazioni alte della vagina che veramente sono meno frequenti e meno estese. Per quelle del perineo, ci sono apparse eguali a quelle che con una tecnica corretta si ottengono con gli altri forcipi.

L'azione del Kielland ci è sembrata indiscutibilmente utile nei casi di testa mobile al di sopra dell'ingresso, o nella parte alta dello scavo in posizione trasversa o quasi, purchè non esistesse una vera sproporzione tra le parti messe a confronto. Tuttavia siamo riusciti ad estrarre attraverso bacini leggermente ristretti o quasi normali feti dai 3300 ai 4300. Non bisogna pretendere però nè con questo nè con altri tipi di forcipe di voler vincere sproporzioni reali tra coniugata vera e biparietale ostetrico. Come in tutte le indicazioni dell'ostetricia operativa è soltanto l'esatta valutazione dei fattori, che devono essere considerati individualmente e nei loro rapporti reciproci, che può farci evitare errori ed ottenere i migliori successi.

Consegnato in redazione il 3 marzo 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Su di un caso di broncospirochetosi di Castellani.

Contributo allo studio della pseudotubercolosi polmonare

per i dottori GAETANO NOTARANGELI e FORTUNATO TEMPESTA.

Prescindendo da quelle affezioni di eziologia diversa — corpi estranei, forme bacillari — che hanno di comune con la tubercolosi la caratteristica anatomica espressa da formazioni nodulari, più o meno simili al tubercolo, vi sono affezioni, in specie polmonari, che imitano, più che il carattere anatomico, il decorso clinico della tubercolosi.

Castellani afferma (*Presse médicale*, 1917) che circa il 3% dei tubercolotici, come tali inviati alla sua osservazione, durante la guerra, erano affetti da lesioni polmonari di tutt'altra eziologia.

Generalmente, come Jacono ebbe a riassumere nel Congresso di Roma del 1923, sono causa di sindromi pseudotubercolari parassiti vegetali e protozoi. Fra i parassiti vegetali ricordiamo le varie specie di « monilia » individualizzate dal Castellani, cause di broncomicosi; l'aspergillus fumigatus, agente eziologico della « maladie des gaveurs des pigeons » (Dieulafoy, Chantemesse e Widal) o pseudotubercolosi aspergillina; il mucor corymbifer, causa di mucormicosi polmonare (Fübbringer, Lucet e Costantin); alcune streptotrichee, causa di quell'affezione studiata da Flexner sotto il nome di pseudotubercolosis hominis streptothrichica; fra i protozoi l'ameba che dà a volte sindromi polmonari, a volte simula la tubercolosi miliare (Manson, Bahar), la spirochaeta bronchialis, causa di broncospirochetosi.

Tale spirocheta, elevata ad entità eziologica dal Castellani (1905), è lunga da 4 a 30 μ, ha uno spessore di 0,2-0,6 μ, 2-3 spirali ed estremità appuntite. Qualche autore (Delamare, Chamberlain) credette di identificarla con la comune spirocheta boccale e pensò che questa, in certe condizioni favorevoli, localizzandosi nei bronchi, causasse la broncospirochetosi. Secondo Farah però la spirocheta bronchiale si distingue perchè più mobile, meno resistente, meno colorabile, fornita di corpi coccidii. Che tale germe sia l'agente eziologico della broncospirochetosi è stato esaurientemente dimostrato da Chalmers e O' Farrel, i quali, iniettando sputi ricchi di spirochete nella trachea di scimmie, sono riusciti a riprodurre quadri morbosi analoghi. La spirochetosi descritta dapprima nel Ceylan (Castellani), quindi nelle Antille (Jachson, Fhalen), nelle Filippine e nell'Africa Orientale (Taylor), fu considerata come malattia esclusiva dei paesi caldi sino a che non fu riscontrata nel Nord-America (Rotwell), in Inghilterra (Castellani), in Olanda (Huizinga), in Francia (Violle), in Svizzera (Galli-Valerio), in Italia (Jacono, Caputi), in Serbia (Lurie). Ne sono state descritte diverse forme cliniche: Farah riferisce un caso di asma, Simon e Lanceraux casi di pleurite essudativa; ma la più comune è la forma bronchiale acuta o cronica.

La forma acuta mentisce l'influenza e nell'epidemia 1917-18, perchè la spirocheta bronchiale fu riscontrata nell'espettorato di malati, fu da alcuni autori (De Verbizier, Weil) considerata come l'agente eziologico dell'influenza. Si presenta con febbre improvvisa, dolori reumatoidi, tosse, espettorato sanguigno e dura da 2 a 8 giorni. A volte gli attacchi si ripetono, assumendo un andamento subacuto o cronico.

La forma cronica è la più importante, perchè mentisce la tubercolosi polmonare. È caratterizzata da tosse con espettorato purulento, intermittentemente emorragico, a volte fetido (Beau, Dide, Riberon), da emottisi, febbricola a tipo etico, dolori al torace e da nessuno o scarso reperto obbiettivo. Alla radioscopia si osservano nei campi polmonari larghe zone meno chiare del normale, interpretate come zone affette (Farah, Caputi). Sebbene ne siano stati descritti casi con esito in gangrena polmonare (Küster Wester, Chamberlein), in genere la prognosi è buona.

Riferiamo in breve la storia clinica dell'ammalato venuto alla nostra osservazione:

Vittorio P., di anni 37, muratore, ammogliato con prole. Gentilizio puro. Non lue. A 27 anni broncopolmonite destra. Il 24 dicembre 1923, ebbe febbre accompagnata da tosse stizzosa con espettorato mucopurolento. La febbre, dopo alcuni giorni scomparve, mentre l'espettorato diventava sanguigno. Avvertiva intanto dolore persistente alla regione sottomammaria destra, irradiantesi verso lo sterno. Verso la metà di gennaio 1924 ebbe emottisi, ripetutasi a due giorni d'intervallo. Impressionato da tale fatto venne a consultarci, il 24 gennaio 1925.

E. O. Colorito pallido. Apparecchio scheletrico regolare. Tessuto adiposo scarso. Masse muscolari bene sviluppate.

Torace: piatto. Respirazione costo-addominale. Segno angolo scapolare di Baccelli assente. Segno di Boeri assente. Alla percussione: suono chiaro polmonare su tutto l'ambito. All'ascoltazione: scarsi rantoli alle basi. Cuore nei limiti: toni puri: polso 90. Addome: nulla. Apparecchio uro-genitale: nulla.

Esame dell'espettorato (22 gennaio) aspetto: emorragico. Consistenza: vischiosa. Odore: fetido. Ricerca del bacillo di Koch (4 preparati, dei

quali 2 dopo omogeneizzazione con antiformina): negativa. Ricerca della spirocheta bronchiale (colorazione del preparato, fissato con alcool metilico, con violetto di genziana): positiva.

(L'esame dell'espettorato viene ripetuto il 30 gennaio ed il 15 febbraio con esito negativo per il bacillo di Koch, positivo per la spirocheta bronchiale).

Cutireazione di Pirquet: negativa. (— — —).

Il 15 febbraio facciamo somministrare all'ammalato il tartaro emetico preconizzato da Castellani (tart. emet. ctgr. 10, acqua cloroformizzata gr. 120, sciroppo di Tolù gr. 80). L'emottisi non si ripete, l'espettorato diventa meno fetido, ma persiste sanguigno per parecchi giorni e diventa poi mucoso, il dolore sottomammario e retrosternale scompare, i leggieri rialzi di temperatura scompaiono, la tosse si attenua. Si insiste nella cura. Il 16 marzo, il paziente completamente guarito torna al lavoro.

Il caso da noi osservato è più che dimostrativo. Dapprima la febbre a tipo etico, la tosse, l'espettorato ematico ci fanno senz'altro sospettare una tubercolosi ed il sospetto si rafforza all'apparire dell'emottisi. Mircoli (Clinica Medica Italiana, 1904) considera, il 94, 9 % degli emottoici come tubercolotici. Ma, passando all'esame obbiettivo del malato, il nostro sospetto si cambia in meraviglia; nessun reperto che pur lontanamente possa giustificare fatti funzionali più o meno imponenti. Nessun valore però potremmo dare a tale stridente disarmonia qualora la ricerca del bacillo di Koch nell'espettorato avesse avuto esito positivo. Tale ricerca, eseguita con cura minuziosa, è riuscita sempre negativa. Può esser privo di bacilli l'espettorato di un tubercolotico emottoico? Ma ciò che ci fa senz'altro escludere la tubercolosi è il risultato negativo della prova di Pirquet. E nè si può dire che la cutireazione negativa abbia nessun valore, perchè da considerarsi come fenomeno di anergia: il nostro malato non era assolutamente in quello stato di debilitazione organica caratteristica degli ultimi stadi della tubercolosi, in cui l'assenza di ogni reazione difensiva produce anergia.

Eliminata così la tubercolosi, siamo indirizzati verso la diagnosi dalla presenza di numerose spirochete nell'espettorato, raccolto sempre dopo abbondante lavaggio della bocca con soluzione diluita di permanganato, per escludere dai preparati la maggior parte dei germi boccali.

Conferma la nostra diagnosi l'esito brillante della cura antimoniale. Ci si potrebbe obbiettare che l'antimonio, come ha recentemente osservato Cawston (*The British Med. Journ.*, 1924), agendo sulle associazioni batteriche, tanto comuni nella tubercolosi, avesse messo l'organismo in miglior condizioni di difesa verso l'infezione tubercolare e di qui il miglioramento del paziente.

Facciamo però osservare che il nostro ammalato non è soltanto migliorato, ma è completamente guarito, sì da poter tornare al lavoro, e nessun rimedio, crediamo, messo pure l'organismo nelle migliori condizioni di resistenza e di difesa, può guarire una malattia tubercolare con emottisi in meno di un mese.

Roccasecca, Caserta, aprile 1925.

BIBLIOGRAFIA

CASTELLANI e CHALMERS. Manual of tropical medicine, London.
LUSTIG. *Malattie infettive dell'uomo e degli animali.* Vallardi, 1923.
MANSON. Tropical Diseases, London, 1923.
CAPUTI. Riforma Medica, 1923.
CASTELLANI. Ceylon Medical Reports, 1905.
ID. Presse médicale, 1917.
FARAH. The Journal of tropical medicine and hygiene, 1923.
JACONO. Stulium, 1920.
ID. Riforma medica, 1922.
ID. Journal of tropical medicine, 1920.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Il sintoma frenico nelle perforazioni gastriche e duodenali.

(J. BERGAPECHE. *Archivos de Medicina, Cirugia y especialidades*, 3, I, 1925).

Esistono casi con sintomatologia acuta addominale in cui è difficile assicurare se si tratti di una perforazione appendicolare, d'una colecistite acutissima, d'una pancreatite o d'una perforazione gastro-duodenale. Certo è che praticamente non è di molta importanza la precisa localizzazione del processo, a condizione di stabilire l'immediata indicazione operatoria. Ed è in riguardo a questo tempestivo intervento, che l'A. considera l'utilità del sintoma frenico, dolore alla spalla, per decidere la diagnosi nei casi dubbi.

Il frenico, sebbene sia un nervo cerebro-spinale, in quanto riguarda la sensibilità si comporta come nervo splancnico. L'eccitazione in qualunque punto del suo tragitto o nel diaframma produce invariabilmente dolore sulla spalla, cioè fuori della sua regione d'innervazione, all'inverso di quanto succede per i nervi spinali.

L'A. dice: È probabile che lo stimolo doloroso arrivando alla cortecia cerebrale, si proietti falsamente, di qui alla zona dei nervi che potremo chiamare fratelli del frenico; quelli che nascono dalle radici 3ª, 4ª, 5ª, del plesso cervicale e vanno alla regione sopraclaveare e dell'acromiosi. È dunque un dolore riferito. Sostiene che non si

può trattare nè d'un « dolore irradiato » per mezzo dei segmenti midollari vicini e nemmeno di una « zona di Head ».

La partecipazione sensitiva del frenico è frequente nei processi della base pulmonare, principalmente quelli che interessano la pleura diaframmatica. Molto più frequente che nei processi soprafrenici si presenta il dolore nei subfrenici, originati da stimolo sia meccanico che infiammatorio o chimico. Le malattie del fegato occupano il primo posto. Negli epinefromi, come anche nelle affezioni del prancreas e della milza è stato osservato il dolore frenico.

Sono i processi di perforazione gastrica o duodenale quelli che con minore eccezione, dopo l'ascesso subfrenico, si accompagnano con dolore alla spalla. Queste eccezioni possono essere dovute alla rapida occlusione o a chi per aderenze pregresse del fegato al diaframma non esista cavità subfrenica.

Il sintoma si presenta a volte nella prima mezz'ora, in altri casi nelle due o tre ore seguenti. L'intensità varia con i cambiamenti di posizione; a questo riguardo è dimostrativo il caso osservato dall'A. in un paziente che al prendere il decubito dorsale accusava il dolore in modo vivissimo alla spalla sinistra che rendeva impossibile ogni esplorazione addominale.

La disposizione del ligamento sospensorio del fegato dividendo lo spazio subfrenico in due versanti, aggiunge un altro valore a questo sintoma. I malati accusano dolore alla spalla sinistra quando la perforazione è gastrica e alla destra quando è duodenale. Il dolore in ambe le spalle, indicherebbe che il contenuto gastrico è stato in quantità sufficiente per riempire tutto lo spazio subfrenico.

Questi dati d'osservazione sono utili, dice l'A. per diminuire le incertezze pericolose che questo sintoma non interpretato potrebbe originare, e non meno per il chirurgo che deve scegliere il punto della incisione laparotomica.

RE.

La sindrome pancreatico-aortica.

(BICKEL, KATZENELBOGEN, MOZER. *Revue médicale de la Suisse Romande*, n. 3, 10 marzo 1925).

Se la diagnosi di cancro del pancreas è di una relativa facilità quando il neoplasma occupa la testa dell'organo grazie alla sindrome descritta da Bard e Pic in cui ad un ittero cronico e progressivo si accompagna dilatazione della vescicola biliare, dimagramento e cachessia rapida, presenta invece serie difficoltà nel caso in cui il tumore si sviluppa a carico del corpo o della coda. Tale discordanza si spiega col fatto che i sintomi funzionali dovuti all'alterazione del parenchima ghiandolare per solito sono minimi e la sintomatologia del cancro del pancreas è una sintomatologia essenzialmente determinata da fenomeni fisici dovuti all'aumento di volume della regione colpita con secondaria compressione degli organi limitrofi e si comprende allora come la partecipazione della testa che in certo senso domina l'incrocio duodeno-pancreatico-biliare sia segnato da una sintomatologia fragorosa mentre l'invasione del resto della ghiandola meno ricca di connessioni anatomiche importanti si traduca nella maggior parte dei casi con una sintomatologia modesta e meno caratteristica.

La differenza sintomatica è così tipica che Carnot si crede autorizzato a distinguere due tipi clinici di cancro del pancreas. I cancri della testa con ittero cronico ed i cancri latenti del corpo o della coda che si presentano con sintomi assai frustri. Tale distinzione pare un po' troppo assoluta specie dopo che Chauffard ha richiamato l'attenzione su una sindrome assai caratteristica collegata alla compressione o alla invasione neoplastica del plesso solare che traduce la esistenza di alcuni cancri del corpo del pancreas.

Il sintomo dominante di questa sindrome pancreatico-solare di Chauffard è il dolore di solito localizzato nella regione inferiore dell'epigastrio sopra l'ombelico con irradiazioni varie al dorso, al torace, agli ipocondri, alle fosse iliache.

Questo dolore presenta spesso crisi intense esagerate ancora da parossismi di estrema violenza che ricordano le crisi tabetiche e si accompagnano talora ad intolleranza gastrica completa.

Si constata inoltre una sensazione sgradevole di ripienezza intestinale con falso stimolo alla defecazione e un dimagrimento rapido e progressivo. Tuttavia tale sindrome non è così tipica come quella di Bard e Pic spesso difficile se non addirittura impossibile sarà in certi casi la diagnosi differenziale col cancro dello stomaco, l'ulcera gastrica o duodenale, la crisi gastrica della tabe. Talora poi la sindrome può essere attenuata con irradiazioni atipiche che possono far pensare alla lesione di un qualsiasi altro organo intraaddominale. Non sarebbe quindi inutile essere in possesso di un altro segno di localizzazione caratteristico che permetta di attribuire ad una neoplasia del corpo del pancreas un dolore addominale che non presenti in modo completo i caratteri impressionanti delle prime osservazioni di Chauffard.

Appunto in tali casi non è possibile trovare nei disturbi funzionali determinati dalla neopla-

sia del parenchima ghiandolare un elemento diagnostico di una certa importanza: l'assimilazione intestinale è pochissimo modificata, la digestione duodenale si fa normalmente, i disturbi della secrezione interna non sono frequenti giacchè bastano frazioni minime del tessuto endocrino ad assicurare il mantenimento integrale della funzione glicolitica.

Sicchè la quasi totalità del quadro clinico è da ricercarsi nei rapporti anatomici. Come ha già ben messo in evidenza Chauffard la connessione anatomica capitale del corpo del pancreas è certamente costituita dal plesso solare la cui parte inferiore è in immediato contatto con la faccia posteriore del pancreas, ma tuttavia vi è un altro organo di cui troppo spesso è stata dimenticata la relazione di prossimità immediata al pancreas ed è l'aorta addominale, la cui compressione contro la colonna vertebrale deve dar luogo a fenomeni clinici talora di un estremo interesse.

Una osservazione degli AA. è a questo proposito assai interessante sotto vari punti di vista: una donna di 76 anni senza precedenti morbosi degni di nota presentava una tumefazione palpabile, situata un po' a sinistra della linea mediana, animata da pulsazioni facilmente percettibili. All'ascoltazione si percepiva un soffio sincrono alla diastole vasale e l'ammalata si lagnava frequentemente di crisi dolorose intense, parossistiche. La prima impressione portava a pensare alla eventualità di una ectasia aortica; però la constatazione di alcuni segni accessori come l'estrema durezza del tumore, l'assenza di qualunque espansione laterale, la mancanza di ritardo del polso femorale sul polso radiale, la negatività della RW e in particolar modo la cachessia rapidamente progressiva facevano cessare il sospetto di un tumore preaortico. L'autopsia dimostrò un carcinoma del corpo del pancreas con metastasi epatiche e peritoneali. Gli AA. hanno ricercato nella letteratura la descrizione di casi analoghi e ne hanno riscontrati sei in cui la diagnosi clinica era stata sempre di aneurismi dell'aorta addominale ed in un caso solo era stata prospettata la possibilità di un neoplasma preaortico.

In tutte si ritrova sempre, con intensità variabile, la sindrome pancreatico-solare di Chauffard, ma tale sindrome si allarga e si completa per l'aggiunta dei segni di compressione aortica che le danno un valore in certo modo patognomonico. In tutte le osservazioni l'affezione si è manifestata dapprima con accidenti dolorosi coi suoi parossismi angosciosi e le sue molteplici irradiazioni. Abbastanza rapidamente i dolori si accompagnarono a dimagrimento e cachessia; in quanto poi alla sensazione di ripienezza intestinale segnalata da Chauffard essa non fu mai tale da essere messa in rilievo nelle osservazioni riportate.

Invece i segni di compressione aortica cui sinora si accordava un'importanza minima in tutte queste osservazioni presentano una importanza di primissimo grado. Tra di essi il primo che colpisce l'attenzione ma non il più interessante è costituito dalla presenza nella regione sopraombelicale, un po' a sinistra della linea mediana, di un tumore poco voluminoso, duro, bernoccoluto, profondo, poco mobile sui piani sottostanti ma in modo nettissimo pulsante. La constatazione di un tumore consimile costituisce quasi la regola nel cancro del corpo del pancreas giacchè Charrette lo segnala nel 62 % dei casi; differenza curiosa col cancro della testa che alla palpazione si manifesta in non più del 20 % delle osservazioni. Il carattere pulsante del tumore presenta delle variabilità. In certi casi in cui la compressione non è forte, si ha l'impressione di una massa distinta dalla aorta, semplicemente sollevata al passaggio dell'onda sanguigna, più spesso invece l'intimità tra il vaso ed il tumore è così grande da dare l'impressione di palpare direttamente l'aorta addominale, fatto che spiega l'errore diagnostico frequente.

Particolarmente interessante è l'ascoltazione del tumore: si percepisce con facilità un soffio intenso sincrono alla sistole cardiaca percettibile però solo in una zona assai ristretta e che corrisponde esattamente ai limiti del tumore. Il meccanismo di questo soffio è assai semplice in quanto si sa che il neoplasma infiltrandosi intorno all'aorta ne restringe notevolmente il diametro mentre che a monte della stenosi si stabilisce con notevole frequenza una leggera dilatazione del vaso. In alcune osservazioni a questo soffio sistolico segue un piccolo rumore diastolico poco netto, incostante, il cui meccanismo però è incerto.

Bisogna però tenere presente che la sindrome di compressione aortica non è di apparizione precoce; di regola è preceduta dai fenomeni dolorosi: il neoplasma nel suo sviluppo progressivo incontra dapprima il plesso solare e solo dopo averlo irritato per un tempo più o meno lungo, comincerà ad esercitare sull'aorta il suo lavorio di compressione. In molti casi, dopo l'allarme dato dagli accidenti dolorosi, i segni di compressione aortica che vengono in seguito possono permettere una diagnosi più sicura, ma non bisogna dimenticare d'altra parte che gli accidenti dolorosi possono essere solo transitori in seguito ad una alterazione troppo profonda degli elementi nervosi, sicchè la constatazione dei se-

gni di compressione aortica prenderà in questi casi un maggior valore.

Per tutte queste ragioni gli AA. ritengono che accanto alla sindrome pancreatico-biliare di Bard e Pic ed alla sindrome pancreatico-solare di Chauffard si ha il diritto di descrivere una sindrome pancreatico-aortica, e che l'associazione di questa alla sindrome pancreatico-solare ed a una cachessia progressiva permette di porre una quasi sicura diagnosi di neoplasma del corpo del pancreas. PALLADINI.

FARMACOLOGIA E TERAPIA.

Sull'azione protettiva degli antisifilitici (arsenicali, mercurio e bismuto) nella infezione sifilitica sperimentale.

(W. KOLLE. *Deutsche med. Woch.*, 8 agosto 1924).

L'A. si intrattiene sul potere profilattico attribuito di recente ad alcuni composti dell'arsenico pentavalente derivati dell'acido arsinico. Fra questi in particolare lo Stovarsol (derivato acetilato dell'acido paraossimetaaminofenilarsinico) in virtù delle sue proprietà spirocheticide agirebbe come preventivo negli animali infettati sperimentalmente anche se somministrato 7 giorni dopo l'infezione (Levaditi). Risultati però non confermati da successivi ricercatori (Worms ed altri) i quali osservarono che negli animali stovarsolizzati al momento stesso dell'infezione o poco tempo dopo, le spirochete si mantenevano ancora in vita dopo parecchi giorni e l'attecchimento dell'infezione non veniva evitato.

Comunque sia, ciò indica che l'argomento necessita ancora di uno studio più profondo e completo sulla base di ricerche sperimentali praticate su vasto materiale. Tale avviso condividono del resto numerosi sifilografi tedeschi i quali ritengono che, solo così, sarà permesso concludere, senza pericolo di illusioni e di danni sociali, sulla reale efficacia curativa e profilattica dello Stovarsol.

L'A. afferma inesatto che questo farmaco sia stato solo di recente ottenuto in stato di purezza da Fourneau, poichè anche Ehrlich, nella lunga serie di ricerche che lo condussero al salvarsan, aveva già ottenuto il composto puro: esso fu da lui designato col N. 594 e ad esso già fin d'allora era stata riconosciuta la stessa azione sui tripanosomi riscontrata poi anche da Fourneau. Giova inoltre ricordare che proprio dall'acido metaaminoparaossifenilarsinico (preparato 593) Ehrlich mosse le sue ricerche chimiche per giungere al salvarsan.

D'altro lato le ragioni per cui i derivati arsinici non vennero da Ehrlich introdotti nella terapia della sifilide furono i risultati ottenuti nella sifilide sperimentale. Questi rivelarono anzitutto un indice chemioterapeutico inferiore a quello del salvarsan. Mentre infatti per il derivato acetilico corrispondente allo Stovarsol tale indice è 1:2, pel salvarsan esso giunge a 1:10, 1:12. Ciò spiega come nella sifilide sperimentale il prodotto acetilico riesca soltanto attivo a dosi vicine a quella mortale.

Oltracciò Ehrlich notò come la maggior parte dei derivati arsinici producesse effetti secondari spesso gravi. Tali effetti, che recenti ricerche porrebbero in relazione con le speciali proprietà fisico-chimiche degli acidi arsinici, sono rappresentati da gravi sintomi a carico del sistema nervoso dovuti verosimilmente ad uno spiccato neurotropismo dei prodotti.

Gli esperimenti eseguiti dall'A. e dai suoi collaboratori sulla tossicità degli acidi arsinici somministrati *per os* non hanno dato risultati concordi a quelli già ottenuti da Levaditi all'Istituto Pasteur. Con quelle stesse dosi infatti colle quali Levaditi otteneva un'azione preventiva sicura su campioni della stessa specie animale, il Kolle osservò invece che la maggior parte dei suoi animali perirono. Ad ogni modo lo Stovarsol somministrato per via gastrica mostra una tossicità maggiore di quando viene somministrato per via endomuscolare o intravenosa; di ciò ignoriamo tuttora la vera, intima causa, ma è probabile tuttavia che ad una maggiore tossicità *per os* contribuiscano le modificazioni del farmaco in seguito a processi di riduzione nel canale intestinale, durante l'assorbimento attraverso le pareti, oppure nel fegato. Tali processi condurrebbero alla formazione di ossidi arsenici dotati di un maggior potere spirocheticida: ciò spiegherebbe come lo Stovarsol somministrato per via gastrica manifesti un'azione sulle spirochete a dosi minori che per via sottocutanea o endovenosa. D'altra parte non è nemmeno da escludersi che gli effetti tossici *per os* possano essere dovuti alla messa in libertà di piccole quantità di arsenico anorganico.

Quanto sopra indica comunque incertezza del dosaggio nei singoli casi e fa sorgere la questione se, in seguito a somministrazioni ripetute di Stovarsol, non possa talvolta verificarsi un'assuefazione individuale al farmaco con conseguente abbassamento del valore terapeutico e se l'infezione, nonostante il mancato formarsi di una lesione iniziale tipica o no, non abbia in realtà, sebbene in forma più o meno latente o attenuata, ad essere invece presente.

Obiezioni piuttosto serie, come si vede, e di fronte alle quali l'A. pone in rilievo la sicurezza (1) offertaci dai preparati salvarsanici in ge-

(1) O forse soltanto; la « maggiore garanzia »? (*N. d. R.*).

nere nei riguardi degli effetti curativi e profilattici.

Prima di poter parlare di un'azione profilattica sicura degli acidi arsinici necessita quindi che tali composti vengano ulteriormente impiegati in un numero maggiore di esperimenti e controllati da un più lungo periodo di osservazione. Occorrerà praticare l'inoculazione di organi di conigli infettati sperimentalmente e stovarsolizzati o trattati con acidi arsinici subito o poco tempo dopo l'infezione; occorrerà procedere a tentativi di reinfezione e sarà anche necessario eseguire esperimenti sulle scimmie con quelle specie di virus sifilitico che attecchiscono sulla cute nel modo più simile al naturale.

Quanto all'efficacia profilattica del mercurio e del bismuto nella sifilide sperimentale, l'A., in base ad una ricca serie di ricerche personali, afferma che, mentre i preparati mercuriali in genere, pur possedendo un certo valore profilattico, esplicano la loro azione protettiva, a causa della loro debole azione indiretta sulle spirochete, per un tempo relativamente breve nei riguardi dell'infezione sperimentale, i preparati di bismuto insolubili e quelli sopratutto che sotto forma di depositi dimorano a lungo nell'organismo, esplicano invece nei conigli una notevole azione protettiva. Le infezioni sperimentali infatti praticate dopo intervalli varianti dalle 2 alle 15 settimane dalla somministrazione preventiva di carbonato di bismuto non attecchirono nessuna; si ebbe invece attecchimento nel 94 % degli animali di controllo inoculati con lo stesso materiale. In altri 9 animali trattati preventivamente con preparati bismutici rapidamente assorbibili e non formanti deposito si ebbe in un caso attecchimento incerto.

Si può così concludere che i sali bismutici ad eliminazione lenta, dimoranti a lungo nell'organismo sotto forma di depositi, preservano i conigli dall'attecchimento dell'infezione sifilitica fino a un periodo di 4 mesi, per quanto almeno è possibile dedurre dal manifestarsi di lesioni iniziali tipiche o, comunque, di lesioni in corrispondenza del punto di inoculazione.

Ma possiamo con ciò affermare, così per i bismutici come per gli arsinici, essere tali prodotti senz'altro in grado di preservare dal contagio sifilitico? Siamo noi oggi autorizzati a raccomandare e diffondere preparati bismutici e arsenicali del genere quali mezzi profilattici contro la sifilide? Solo dai risultati degli ulteriori studi e di esaurienti ricerche clinico-sperimentali potremo ottenere un responso a tale questione cui oggi non ci sentiamo ancora di poter rispondere affermativamente.

M. AGOSTINI.

Esperimenti clinici sull'azione della digitalina e della strofantina.

(A. MOUKHTAR. *Revue médicale de la Suisse romande*, marzo 1924).

I clinici, e gli autori che studiano l'azione dei cardiotonici nell'uomo, hanno come criterio per giudicare di questa azione, il rallentamento del polso. Esperienze di fisiologia invece, eseguite con piccole dosi di digitalina corrispondenti a quelle curative nell'uomo, dimostrano che nel primo periodo di azione del medicamento, il fenomeno più saliente, l'effetto iniziale, veramente farmacodinamico, consiste in un *aumento dell'ampiezza delle pulsazioni.*

In questo momento, il rallentamento provocato del polso è addirittura insignificante; di più, è molto variabile da un animale all'altro.

Il metodo che si segue abitualmente per rilevare le grafiche del polso radiale — sfigmografo comune, applicato a caso con una pressione diversa ogni volta e non misurata — fa sì che questo fenomeno precoce, il più importante nell'azione della digitalina, venga celato e non sia riconoscibile. Infatti, l'ampiezza delle pulsazioni nelle grafiche appare diversa a seconda della pressione con cui è applicato l'apparecchio.

L'A. ha ovviato a questo inconveniente rilevando le grafiche con l'apparecchio Uskof — che registra le pressioni massima e minima — sotto tutte le pressioni, mutate progressivamente di cm. in cm.

E ha osservato alcuni fatti interessanti:

1) Somministrando per bocca una modesta dose di soluzione di digitalina cristallizzata (20 goccie), *l'effetto è più o meno rapido a seconda che il malato sia stato o no già trattato con digitalina.* In un asistolico nuovo al medicamento, l'effetto — modificazione netta dell'ampiezza delle pulsazioni — non si fa sentire che dopo 4-5 h.; a distanza di qualche giorno da questa prima somministrazione, un'altra con la stessa dose ha effetto già dopo 1-3 h. Il numero delle pulsazioni è ancora assai poco modificato, la pressione arteriosa spesso è immutata, talvolta cresce o diminuisce di poco senza regola fissa.

L'A. pensa che questa rapidità nell'azione del medicamento dato per una seconda volta debba essere attribuita almeno in parte a fenomeni di accumulo. Si potrebbe anche semplicemente credere che, dopo la prima somministrazione, fatti di stasi congestizia esistenti nel tubo digerente impediscano il rapido assorbimento del rimedio; ma, nota l'A., l'effetto più rapido della seconda dose si mostra anche se, al momento in cui questa è data, gli edemi non erano del tutto scom-

parsi. L'A. pensa che, dopo la prima somministrazione, il cuore sia divenuto più sensibile al rimedio, tanto che reagisce con eguale rapidità a dosi molto più piccole che la prima.

2) Passate le prime ore dopo che la digitalina è stata somministrata, comincia a diminuire il numero delle pulsazioni, e, in qualche caso, *si abbassa nettamente la pressione arteriosa minima.*

L'A. pensa che entrambi questi resultati non siano effetti diretti dell'azione della digitalina, ma derivino indirettamente dalla sua influenza sull'azione del cuore e per gli effetti che questa azione modificata produce anche in altri organi lontani dal cuore.

All'inizio dell'azione della digitalina, quando il polso ancora non è rallentato, le urine non sono aumentate ancora, si produce tuttavia un mutamento nella circolazione del sangue: *da un lato il cuore si vuota più completamente, dall'altro aspira più attivamente il sangue dalle vene;* e così, la circolazione si fa *più rapida.* L'A. pensa che a questo miglioramento nell'aspirazione del sangue da parte del cuore si debba la diminuzione della pressione arteriosa minima in qualche malato.

Inoltre, il miglioramento del circolo porta a una diminuzione degli edemi dei tessuti, a un aumento dell'eliminazione delle urine, a minor sovraccarico dei vasi e migliore nutrimento del miocardio, il quale, a questo punto, può ricominciare a battere più lentamente.

La prova che tale, e non altra è la genesi del rallentamento del polso dopo la somministrazione di digitalina, si ha nel fatto che tale rallentamento del polso *non si produce per la somministrazione della digitalina in sè, su cuore non indebolito, non insufficiente, ma solo se vi era iposistolia e se cuore, reni e polmoni erano più o meno edematosi.*

Sul cuore non indebolito non si constatano che i primi effetti del medicamento, l'aumento di ampiezza del polso. Infatti, gli altri fenomeni, dall'A. chiamati secondari, non hanno modo di prodursi, perchè non ne hanno cagione.

La medesima ipotesi ci spiega il motivo della nessuna azione della digitalina sulle semplici tachicardie senza scompenso cardiaco, sulla tachicardia del cuore ipertrofico da endocardite che ancora arriva a compensarne il disturbo.

L'effetto della digitalina riesce completo solo sul cuore insufficiente.

Anche la durata talora assai prolungata dell'azione di una prima dose di digitalina in un certo numero di malati trova spiegazione nella stessa ipotesi: eliminati gli edemi, per un certo tempo il cuore, i reni e gli altri organi si mantengono sufficienti.

Lo studio comparativo degli effetti della digitalina e della strofantina porta alla conclusione che queste due sostanze hanno un'azione farmacodinamica essenzialmente simile.

Tuttavia vi sono fra esse differenze nette rilevabili clinicamente al letto dell'uomo malato, e che possono spiegarsi con differenze di azione sperimentale rilevabili negli animali.

1) *La strofantina ha azione più rapida.* I primi effetti — ampiezza e minor frequenza del polso, aumento della pressione arteriosa — si constatano da ½ a 1 m' dopo l'inoculazione endovenosa, mentre per la digitalina nelle medesime condizioni bisogna talora attendere da 5 a 20 m'. *L'aumento della dose non abbrevia in proporzione questo periodo di latenza.*

2) La strofantina a piccola dose non è vasocostrittrice per le arterie coronarie.

3) Essa rimane meno a lungo nell'organismo prima di essere distrutta od eliminata.

CORRADI.

I citrati in terapia.

(NORMET. *Presse médicale*, 10 gennaio 1925).

Il citrato di sodio tende a prendere un posto importante nella terapia. Da tempo ne è stato infatti indicato l'uso nelle emorragie, nella tromboarterite con gangrenà, nelle varici. Gli americani ne hanno ottenuto buoni successi nella polmonite, mentre i francesi lo indicano nella cura dell'anemia perniciosa.

Ciò nonostante questo medicamento, che ha fatto il suo ingresso nella terapia con l'ultimo procedimento della trasfusione del sangue citratato, è un nuovo venuto e la posologia ne è ancora incerta.

L'A. torna sull'argomento per parlare delle proprietà così particolari dei citrati e per cercare di precisarne le indicazioni, il modo d'uso e la posologia.

Proprietà chimiche. Un citrato solubile X mescolato con una soluzione di $CaCl^2$ dà un citrato di calcio e un cloruro X. Se la proporzione di citrato di calcio formato non è assai elevata, questo resta in soluzione. Precipita a temperatura alta (sterilizzazione) e si ridiscioglie quando la temperatura della miscela è discesa al di sotto di 50°. Gli ioni calcio, entrati in combinazione col radicale citrico, perdono la proprietà di provocare la coagulazione dei liquidi organici coagulabili (latte, sangue, ecc.).

Un citrato alcalino messo in presenza di sali di calcio insolubili (fosfato bicalcico) attacca e discioglie questi sali come farebbe un acido.

Proprietà fisiche. Una soluzione di citrato di sodio introdotto in una sospensione, ad es., di solfato di barite disperde le parti di questi corpi e dà alla miscela l'aspetto di una sospensione colloidale. Questo fenomeno proviene dalla proprietà che possiede l'ione citrico di fissarsi per assorbimento su le particelle in sospensione alle quali dà una carica elettronegativa che le allontana le une dalle altre e impedisce la loro agglutinazione.

Le sue proprietà *biologiche* non sono che una conseguenza delle sue proprietà fisico-chimiche. Iniettando in un animale per via endovenosa del citrato di sodio può aversi uno choc simile a quello provocato dall'iniezione scatenante in un animale anafilattizzato.

L'A. interpreta lo choc provocato dal citrato di sodio come effetto dell'azione degli ioni di sodio messi in libertà dopo fissazione del radicale citrico, mediante colloidi elettricamente neutri o elettropositivi del sangue circolante. Gli ioni di sodio hanno un'azione già nota sulla contrazione muscolare e sul sistema nervoso. Essi provocano la tetanizzazione, dopo l'esaurimento dei muscoli respiratori, del cuore e della tunica muscolare dei vasi allorchè non si trovano in presenza di una quantità sufficiente di ioni bivalenti, capaci di provocare il rilasciamento muscolare e la diastole.

Il citrato di sodio introdotto per via endovenosa *ha azione emostatica* immediata. Ciò sembra dovuto alla vasocostrizione provocata dagli ioni sodio. Basta l'aggiunta di piccole quantità di citrato di magnesio per diminuire notevolmente la vasocostrizione permanente, pur rimanendo l'effetto emostatico.

Troisier in seguito a guarigioni notevoli ottenute nelle gangrene arteritiche con iniezioni endovenose di citrato di sodio, attribuisce questi risultati alla sua azione *anticoagulante.* Ugualmente la guarigione delle varici ottenuta con iniezioni intravaricose di citrato di sodio a forte concentrazione (100 per 100) fa pensare che l'azione irritante di queste soluzioni fortemente ipertoniche possa provocare la sclerosi. L'affinità inoltre dell'ione citrico per i colloidi, fa sì che esso esplichi un'azione fortemente *antiemolizzante.*

Sembra infine che il citrato di sodio abbia anche un'azione morfogena sulle cellule sanguigne, inquantochè con esperimenti fatti su animali si è visto il numero dei globuli rossi aumentare dal 50 all'80 %. Con soluzioni isotoniche o leggermente ipertoniche, l'azione del citrato di sodio si esplica sopratutto sugli organi ematopoietici; con le soluzioni ipotoniche, di cui la ionizzazione è più completa, la trasformazione dei mononucleari in normoblasti si può osservare nel sangue della cavia immediatamente dopo l'iniezione endovenosa.

Posologia. Dalle esperienze eseguite sugli animali, si può ritenere che la dose massima da iniettare nell'uomo sia quella di 6 gr., dose però molto vicina a quella sufficiente per determinare lo choc.

D'altra parte è indispensabile tener conto anche dello stato della malattia che aumenta considerevolmente la suscettibilità di alcuni soggetti.

Senza dubbio infatti le grandi anemie si accompagnano ad una diminuzione dei colloidi del siero, onde tenendo conto di questi diversi fattori, per regola sarà bene non sorpassare mai la dose di 15 mmg. per kg. in una sola iniezione endovenosa.

È sempre bene associare il citrato di magnesia al citrato di sodio per diminuire i pericoli dello choc, per facilitare il lavoro del cuore, onde nelle anemie l'A. consiglia la seguente formula:

Citrato di sodio	gr.	52
Citrato di magnesio	»	20
Tartrato ferro potassico	»	3
Citrato di manganese	»	1
Acqua distillata q. b. per . . .	»	1000

da 15 a 20 cmc. per iniez. endovenosa nell'adulto (secondo il peso del malato).

L'A. conclude affermando di aver sempre avuto ottimi risultati nelle anemie, nelle polmoniti, nelle miocarditi croniche, negli choc operatori e ciò senza aver dovuto mai adoperare il nitrato d'amile, che tuttavia è sempre a portata di mano quando viene praticata una iniezione endovenosa di citrato di sodio.

A. POZZI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

BUMKE OSWALD. *Lehrbuch der Geistekrankheiten.* München, Bergmann edit., 1924.

Del Bumke è già ben conosciuto il trattato: « Die Diagnose der Geisteskrankheiten » notevole per l'ampiezza, profondità e chiarezza di esposizione. Il presente volume ricco di più che mille pagine, con numerose illustrazioni ne rappresenta la seconda edizione; e costituisce perciò un'opera veramente nuova. L'A. infatti ne ha enormemente aumentato il contenuto, facendo un'esauriente trattazione della clinica psichiatrica. Ancora una volta si rileva nel Bumke l'acutezza dell'indagine psicologica e la piena padronanza di tutto l'enorme complesso sia delle numerose acquisizioni sia delle ancor più difficili questioni insolute della moderna psichiatria. Appare soltanto non del tutto pratico l'aver riunito in un unico capitolo tutto il dottrinario dell'anatomia patologica delle malattie mentali, che forse sarebbe stato più opportuno dividere in singoli capitoli; come pure mi sembra pure un po' insufficiente la parte dedicata alla cura della demenza paralitica mediante inoculazione malarica, data l'importanza assunta da questo nuovo ed efficace metodo terapeutico. Ma sono piccole mende che nulla tolgono in valore a quest'opera veramente poderosa. La quale — data la mancanza di un buon manuale italiano di malattie mentali — sarebbe desiderabile fosse tradotto nella nostra lingua.

G. MINGAZZINI.

G. LEVY. *Les manifestations tardives de l'encéphalite épidémique.* Doin, editore, Parigi. Prezzo Fr. 25.

In questo volume è esposta la clinica, la patogenesi e l'anatomia patologica delle manifestazioni tardive dell'encefalite letargica (sindrome parkinsoniana, sindrome eccito-motrice, disturbi sensitivi, sensoriali, mentali, trofici).

È il risultato dello studio di numerose osservazioni cliniche dettagliatamente esposte.

Il libro è ricco di figure e si onora di una prefazione di Pierre Marie.

dr.

PARREL et LAMARQUE. *Les Sourds-Muets.* Les Presses Universitaires de France, Parigi. Prezzo Fr. 35.

È un ampio studio del sordomutismo. L'etiologia, la patogenesi, la clinica, la profilassi di questa condizione sono esaurientemente trattate. La parte più interessante e veramente pratica è costituita da lunghi capitoli sui metodi di educazione e di istruzione dei sordomuti.

dr.

W. LIEPMANN. *Gynäkologische Psychotherapie.* Un vol. in-8° di 208 pag. con 4 tavole e 18 fig. Urban e Schwarzenberg, edd., Berlino, 1924.

L'A. sviluppa qui le basi della psicodiagnosi dal punto di vista della filogenesi e dimostra come la scarica elementare psicomotrice sia tanto più facile per quanto più l'individuo è vicino alle origini arcaiche, secondo la scala stabilita: primitivi, fanciulli, donne, malati di mente. L'A. ha ritenuto di includere la donna in questa scala a causa della sua affettività per cui essa è particolarmente destinata ai meccanismi ipobulici.

Le caratteristiche della psiche femminile derivano dalla triplice base della vulnerabilità, dell'impedimento e del pansessualismo ed è su questo principio che si basa la psicoterapia ginecologica che non differisce dalla comune psicoterapia se non per l'oggetto, usufruendo dei consueti metodi della psicoanalisi; con questa l'A. tratta non solo il vaginismo e la dispareunia, ma anche la leucorrea e le emorragie. Prima di procedere alla psicoanalisi, si deve studiare accuratamente la costituzione e fare la ricerca, la diagnosi ed il trattamento delle forme puramente organiche. Anche in queste però, non si deve trascurare la psicoterapia nelle forme di persuasione ed eventualmente di ipnosi, narcoipnosi e di spiegazione di sogni. L'argomento è esposto in dieci lezioni di agevole ed anche piacevole lettura per i frequenti riferimenti non strettamente medici nei campi dell'arte e della storia.

fil.

R. A. PFEIFFER. *Myelogenetisch-anatomische Untersuchungen über den zentralen Abschnitt der Sehleitung.* Berlin, Springer, 1925.

Lo studio della mielogenesi del sistema nervoso centrale, appena iniziato negli animali, è ben lungi dall'essere completato nell'uomo, dove larga è ancora la messe da raccogliere anche per le formazioni sulle quali è stata più attratta l'attenzione dei ricercatori. Questo dimostra il libro del Pfeiffer, che, servendosi dell'abbondante materiale raccolto in 40 anni dal Flechsig, ha portato un notevole contributo originale alla conoscenza della radiatio optica o, come la vuol denominare l'autore, della lamella midollare visiva. In esso, meglio che in passato, vengono descritte le fibre congiungenti lo strato ventrale della lamella midollare visiva con lo splenium corporis callosi (fasciculus cruciatus corporis callosi). La vexata quaestio del significato fisiologico del fasciculus longitudinalis inferior viene risolta nel senso che esso appartenga alla lamella ottica (come in parte avevo sostenuto anche io e da tempo). Per quanto riguarda l'area corticale visiva, poco credito trovano nel Pfeiffer le idee del

Monakow sulla sistematizzazione orizzontale di quella, non vengono invece sollevate obbiezioni contro la sistematizzazione verticale di Wildbrand e Saenger. Per la localizzazione corticale della macula l'A. accetta le idee di Lenz; e come fibre maculari ritiene quelle che dalla parte orale dello strato dorsale della lamella midollare visiva si portano verso il fondo della fissura calcarina. Il fascio maculare conterrebbe fibre omo- ed eterolaterali, il che spiega perchè, come Heine e Lenz sostengono, possa mancare lo scotoma maculare in casi di lesione unilaterale del fascio corrispondente. Infine lo scrittore molto ragionevolmente insiste sulle differenze individuali che ci danno pieno conto del come per lesione di identiche zone si possa avere ora emianopsia completa, ora emianopsia a quadrante. Tali risultati più salienti ai quali è giunto il ricercatore che provano non solo la sua valentia, ma anche il valore del metodo mielogenetico per lo studio dell'odologia, che ogni giorno si rivela un ausilio preziosissimo in questo campo nonostante le obiezioni, che da varie parti si rivolgono alla geniale idea del Flechsig.

G. MINGAZZINI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta ordinaria del 28 marzo 1925.

Presidenza del prof. R. ALESSANDRI, presidente.

Il prof. ALESSANDRI, eletto presidente nella precedente seduta privata, in cui si procedette alla elezione delle cariche accademiche, ringrazia i soci per la designazione all'alta carica e manda un saluto al predecessore prof. ASCOLI, di cui ricorda l'opera svolta in un quadriennio.

Dà quindi la parola al prof. M. CARRUCCIO che ricorda la vita, l'attività scientifica, il successo professionale del compianto socio prof. CIARROCCHI.

Si inizia quindi lo svolgimento delle comunicazioni all'Ordine del giorno.

Contributo allo studio della periarterite nodosa con dimostrazioni di preparati.

Dott. GUCCIONE F. — Presentato dal socio prof. DIONISI, l'O. dopo una diligente rivista di quel poco esistente nella letteratura medica, illustra il reperto di un'autopsia rivelante un'alterazione delle piccole arterie sotto forma di periarterite nodosa; ricorda le note cliniche, e fa considerazioni sulla etiopatogenesi della malattia ancora oscura.

Sopra una reazione della adrenalina.

Dott. E. SERENI. — Presentato dal socio prof. FANO, l'O. svolge la sua comunicazione. Secondo le sue ricerche l'adrenalina è capace di scindere i composti dello iodio con l'amido ed il glicogeno, formando a sua volta un composto con lo iodio; il quale composto è scisso a sua volta da vari reattivi dell'adrenalina (percloruro di ferro, cloruro d'oro), mentre non è influenzato dai reattivi dello iodio (anidride arseniosa).

Il socio prof. CLEMENTI prende la parola per ricordare le sue ricerche sull'azione disturbatrice dell'adrenalina sulla reazione azzurra dello iodio con l'amido e aggiunge notizie su esperienze in corso che tendono a spiegare il meccanismo di produzione della reazione.

Sulla cura della nevralgia del trigemino.

Prof. G. EGIDI. — L'O. dopo aver ricordato le nozioni cliniche principali sulla nevralgia del trigemino, in base alla sua esperienza fa un parallelo sui risultati ottenuti con la cura chirurgica e con le iniezioni di alcool. L'esperienza per l'O. deve notare successi solo temporanei, e la tecnica anche nel caso di alcoolizzazione del ganglio di Gasser non è priva di inconvenienti.

Il prof. R. BASTIANELLI ricorda i pericoli dell'atto chirurgico, le conseguenze sulla integrità dell'occhio, con le neurotomie retrogasseriane. Pensa che all'iniezione di alcool nel ganglio sia preferibile la iniezione nel decorso delle branche.

Il prof. ALESSANDRI ricorda i benefizi della pratica delle iniezioni nelle branche periferiche, le quali hanno il solo svantaggio che devono essere ripetute annualmente.

E. GROSSI.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche, Milano.

Adunanza ordinaria del 20 febbraio 1925.

Su una particolare sindrome meningea.

Prof. BESTA. — L'O. riferisce alcuni casi da lui studiati, nei quali l'esame neurologico dimostrava i sintomi di poliradicolite acuta anteriore o posteriore o mista ed in cui l'esame del liquor dimostrava: Aumento forte della pressione endorachidea, xantocromia più o meno accentuata, in due casi coagulazione spontanea transitoria, aumento accentuato delle globuline, ed, in modo assai più accentuato, dell'albumina (in un caso fino al 3,80 per mille di fronte al 0,07-0,08 normale), curva paralitica o tabetica nelle prove col mastice e col benzoino, assenza assoluta di linfocitosi o di pleiocitosi. Simili reperti ha pure osservato in due casi a sintomatologia cerebrale, il liquor cioè dava reperti di dissociazione cito-albuminoidea ed iperalbuminosi, xantocromia quale è solitamente ritenuta classica dei tumori spinali e, meno spiccatamente, dei tumori cerebrali e che è nota col nome di sindrome di Froin.

I casi che l'O. ha osservato sono tutti rapidamente guariti con punture lombari metodiche ed iniezioni di siero ipertonico, con cure cioè decompressive del liquor. In essi indubbiamente si è

trattato di processi irritativi delle meningi e forse (sopratutto nei casi a sintomatologia cerebrale) dei plessi coroidei con fatti di tipo essudativo: la sintomatologia radicolare non può certo essere ascritta, data la rapidità della guarigione, a processi di radicolite vera e propria nella quale è immancabile una lesione dei cilindrassi delle fibre nervose radicolari con conseguente lentissimo processo di riparazione.

L'O. richiama l'attenzione sul fatto che reperti di xantocromia lieve con aumento delle globuline, e più ancora dell'albumina nel liquor senza linfopleocitosi, si osservano in molti processi morbosi di atrofia muscolare progressiva nei quali si tende in genere ad ammettere un processo a carico delle cellule delle corna anteriori o delle radici corrispondenti, come pure, in casi di lesioni delle radici posteriori a lento decorso con sintomatologia tabeto simile ma con Wassermann negativa e senza rigidità pupillare; in tali casi si può pensare che la sintomatologia sia determinata da un processo meningeo cronico di un tipo speciale, essudativo, per così dire, e non infiammatorio con presenza di elementi morfologici e sono sopratutto le forme infettive dirette (luetiche, tubercolari, da germi patogeni); le altre a cui appartengono i casi descritti, nelle quali il liquor presenta solo fatti essudativi, iperalbuminosi cioè senza elementi morfologici e xantocromia la cui etiologia non è precisabile, forse da fattori tossici endo od esogeni.

Rarissima lesione traumatica del peritoneo.

Prof. BONFANTI. — L'O. riferisce la storia clinica d'una ammalata operata di laparatomia per grave contusione addominale. Al tavolo operatorio si riscontrò doppia lacerazione del mesentere ed un vasto scollamento del peritoneo da tutta la superficie posteriore della parete anteriore dell'addome. L'O. spiega il meccanismo di produzione delle suddette lesioni per un anormale sviluppo del tessuto adiposo delle pareti addominali e per il modo con cui avviene il trauma.

Nuovo contributo allo studio dei tumori intrarachidei extramidollari, specialmente dal punto di vista della loro operabilità.

Prof. G. MEDEA. — L'O. presenta i pezzi relativi a tre casi di tumore intrarachideo extramidollare operati il primo dal prof. BOSSI, gli altri due dal prof. B. ROSSI: nei tre casi esisteva xantocromia dissociazione albumino-citologica, nell'ultimo dei tre casi sindrome di Froin. Riferisce poi riguardo due altri casi pure operati dal prof. B. ROSSI in uno dei quali si ebbe una sindrome classica anche dal punto di vista dell'esame del liquor, e il tumore potè essere felicemente asportato, nell'altro invece il tumore benchè anatomicamente fosse da considerarsi extramidollare conteneva tali aderenze colle meningi molli e col midollo da non potersi staccare da esso nemmeno dopo l'autopsia, essendo questo caso venuto a morte prima del 2° tempo dell'atto operativo. Presenta i pezzi relativi a questi due casi (endoteliomi). In ambedue i casi fu utile per la diagnosi la presenza della xantocromia, e dimostrò pure vedere il segno di Queckenstiedt. Non sarebbe stato possibile dall'esame di escludere l'operabilità del secondo caso.

Presenta poi le radiografie di un caso di diagnosi dubbia studiato coll'iniezione di Lipoiodol nello spazio occipito-atlantoideo.

Rotture sottocutanee tendinee in nefritico.

Dott. E. ETTORRE. — L'O. presenta l'infermo che aveva riportato, per contrazione brusca del quadricipite, la rottura sottocutanea dei due tendini rotulei, ora perfettamente guarito in seguito alla capsulo-tenorafia. Il tendine, anche all'esame microscopico, appariva sano, ma l'infermo presentava nefrite cronica.

L'O. mette in dubbio la possibilità che un tendine sano possa rompersi non solo perchè è assai più resistente del muscolo, ma perchè, nella maggior parte dei casi riferiti per tali, è possibile riconoscere sia che la rottura è avvenuta al punto di inserzione muscolare od ossea, sia la presenza di qualche processo morboso, magari spento, delle vicinanze (artrite, frattura, ecc.) al quale imputare la diminuita resistenza.

Nei casi infine nei quali nulla risulti, l'O. insiste sull'importanza di indagare bene la coesistenza di alterazioni d'indole generale, quali ad esempio la nefrite, che indubbiamente esercitano, come nel caso, azione sfavorevole sul tessuto tendineo.

SCARLINI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 24 aprile 1925.

Presidenza: prof. A. CEVIDALLI, presidente.

Un caso di cisti dermoide del 4° ventricolo.

Dott. G. B. BELLONI. — In una donna di 42 anni che aveva presentato una forma morbosa, iniziata 3 anni prima dell'esito, con paresi degli arti inferiori che andò mano a mano accentuandosi e nella quale da ultimo si notava una spiccata atassia con impossibilità quasi assoluta di reggersi in piedi, nonchè una sindrome mentale a tipo confusionale con vivace delirio persecutivo, mentre le reazioni sul siero e sul liquor svelavano la infezione luetica con intensa reazione meningea, fu trovato all'esame anatomico un grosso tumore cistico, costituito da epidermide desquamata mista a sostanze grasse e ricco di peli, originato dal pavimento del 4° ventricolo ed estendentesi posteriormente in modo da invadere quasi completamente il paleo-cervelletto e da ostruire totalmente l'acquedotto di Silvio. Il tumore era circondato da una membrana connettiva in relazione coi plessi coroidei dei recessi laterali del 4° ventricolo.

Gravi lesioni si riscontrarono a carico dei plessi coroidei dei ventricoli laterali e dell'ependima ventricolare, caratterizzate da intensissima infiltrazione di cellule plasmatiche e linfocitarie.

Per quanto si riferisce al tumore, l'O. ritiene che esso derivi dalla tela coroidea per una inclusione di tessuto epidermico, avvenuta nei primi tempi della vita intrauterina, in corrispondenza delle tenie dei recessi laterali, subito al di sotto della valvola cerebellare, e lo classifica fra i colesteatomi dermoidi secondo i concetti di Bostroem. Fa notare come anche in questo, come negli altri pochi casi consimili descritti nella letteratura, i sintomi bulbari siano completamente mancati e con essi anche i sintomi di tumore cerebrale.

Circa alle lesioni dei plessi, queste devono considerarsi effetto della infezione luetica, la quale agì su di essi come su terreno predisposto per una congenita anomalia del loro sviluppo. Furono tali lesioni a tipo infiammatorio cronico quelle che determinarono la morte.

L'enzimoreazione quale mezzo diagnostico della rabbia.

Prof. G. CEVOLOTTO e dott. G. AVEZZÙ. — Gli OO., premesse alcune considerazioni generali sui fondamenti biologici della sinfo ed enzimo-reazione, passano ad esporre i risultati di ricerche istituite, con antigeni rabici dei due tipi di virus, su animali inoculati di lissa. Da tali ricerche risulta chè il siero di animali rabici presenta, di fronte all'antigene, proprietà disintegrative rilevabili nettamente con l'enzimoreazione; tali proprietà non si trovano invece nel siero di animali normali o malati di altre forme morbose. Gli OO. concludono quindi che nell'enzimoreazione si ha un metodo diagnostico specifico, che permette la diagnosi di rabbia in un periodo molto più breve di quello consentito dall'inoculazione, pur presentando uguale valore probativo.

Di alcune condizioni di produzione dell'ematoporfirina.

Prof. A. DALLA VOLTA. — L'O. riferisce su ricerche intorno alle condizioni di produzione dell'ematoporfirina da sangue defibrinato, ossigenato, ridotto e sottoposto all'azione di agenti chimici capaci di fissarsi alla molecola emoglobinica e di modificarla senza produrne la scissione. La tecnica seguita dall'O. è semplicissima: il sangue defibrinato viene aggiunto a goccia a goccia, e sempre scuotendo, agli acidi cloridrico, solforico e nitrico sufficientemente concentrati. Già il Magnanimi con analogo procedimento aveva ottenuto ematoporfirina in acido cloridrico, servendosi di sangue putrefatto. Con sangue ossigenato non si ottiene ematoporfirina in soluzione cloridrica e nitrica; se ne ottiene, commista ad una certa quantità di ematina, in soluzione solforica. Invece si ha subito ematoporfirina con sangue ridotto, ossicarbonico e solfoemoglobinico. L'ematoporfirina nitrica si altera in breve tempo; può tuttavia essere estratta con alcool amilico. Il sangue metaemoglobinico, se sottoposto a riduzione, ed il diossicarbonico, aggiunti ai suddetti acidi minerali, dànno pure ematoporfirina.

Nota critica sul comportamento paradosso dello stomaco secondo il Kreuzfuchs.

Dott. A. VESPIGNANI. — L'O. espone dapprima che cosa s'intende per « motilità gastrica del Kreuzfuchs » o « comportamento paradosso dello stomaco » (vuotamento gastrico rapido in un primo tempo e molto ritardato in seguito) che il Kreuzfuchs descrisse per primo come fenomeno frequente nei casi di « ulcus duodeni ». Ricorda la interpretazione di Kreuzfuchs e quella successiva dell'Akerlund e crede sia errato contrapporre l'una all'altra, essendo così varie le condizioni determinanti il fenomeno, da dar ragione ora all'uno ora all'altro Autore. L'O. espone anzi altre due cause di svuotamento gastrico ritardato in secondo tempo, agenti o ciascuna da sè o tutte e due insieme o associate ai fatti sostenute dagli AA. citati (spasmo pilorico tardivo per il Kreuzfuchs, spasmo bulbare stenosante a piloro pervio per l'Akerlund). Una di queste condizioni è l'ipersecrezione gastrica tardiva di alto grado. Non è molto frequente e si presta ad errori di interpretazione. In casi accertati dall'O. il liquido secreto costituiva una specie di secondo pasto e ritardava lo svuotamento del sale opaco depositato da tempo nel fondo gastrico. L'altra condizione (che è di gran lunga la più frequente) è costituita da una caduta tardiva del tono gastrico. Essa può anche conseguire ad una ipertonia iniziale.

A proposito del tono gastrico e della sua influenza sul tempo di svuotamento, l'O. attribuisce in parte la rapidità iniziale dello svuotamento alla ipertonia gastrica, cioè al ridotto dislivello fra fondo gastrico e ginocchio superiore del duodeno. Cita casi di insufficienza pilorica dovuta a scomparsa del dislivello suddetto (per es. forma gastrica costituzionale di taluni macrosplancnici, sopraelevazione gastrica per « eventratio diafragmatica » sinistra, ecc.) e propone anzi di denominare il fenomeno « insufficienza pilorica da posizione ».

A. R.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La malattia amiloide.

La malattia amiloide, che una volta era frequente, è divenuta ora eccezionale, in conseguenza della diminuzione delle suppurazioni croniche, le quali invadevano allora i servizi di chirurgia.

Malattia poliviscerale, essa presenta tre grandi localizzazioni, il fegato, la milza ed il rene. Il fegato è assai voluminoso, liscio, a margine ingrossato e smussato; la consistenza è soda, senza arrivare alla durezza del fegato cirrotico; non vi è nè ascite, nè ittero, nè scoloramento delle feci. Anche la milza è ipertrofica, ma liscia ed elastica.

Nei casi puri, anche se il rene partecipa alla malattia, non vi sono segni di nefrite, ma soltanto una sindrome urinaria caratteristica. Poliuria (circa 2 litri nelle 24 ore), urine chiare, giallo oro, con abbondante albuminuria, che oscilla sugli 8-10 grammi (talora fino a 20-25); vi si trovano cilindri granulosi e colloidi, ma non mai amiloidi. L'albumina, che nelle nefriti è data da una miscela di serina e di globulina, è qui costituita quasi soltanto da serina, ciò che sta ad indicare una prognosi più favorevole.

Molti amiloidiei presentano diarree profuse ed incoercibili.

Le gravi lesioni, che sono talvolta soltanto reperti di autopsia, sono sopportate meglio di quanto si crederebbe. La permeabilità renale è di solito buona, manca l'insufficienza epatica e la sindrome emorragica, sicchè è solitamente prevedibile una lunga sopravvivenza.

Come osserva A. Chauffard (*Journal des praticiens*, 17 gennaio 1925), due pericoli minacciano gli amiloidei. L'*amilosi intestinale* che, con la diarrea profusa ed incoercibile provoca la cachessia, e l'impoverimento in albumina dell'organismo per la continua sottrazione che di essa si fa nei reni; da questa ipoalbuminosi, dipende lo speciale pallore della faccia.

La terapia è anzitutto preventiva, nel senso di impedire le lunghe suppurazioni e di curare adeguatamente le tubercolosi ossee, gli empiemi e così via. Una volta stabilitasi l'amilosi, si deve cercare di prolungare la vita, se non si può guarire la lesione. Bisogna anzitutto evitare di mettere tali malati al regime brightico, che sarebbe per loro funesto; i diversi regimi, del resto, non mostrano alcuna influenza sulla albuminuria. Grandi vantaggi, soprattutto dal lato preventivo, si otterranno con l'elioterapia naturale od artificiale (raggi ultravioletti della lampada di quarzo).

fil.

Tubercolosi gommosa disseminata in adulto, consecutiva ad una inoculazione cutanea.

Un uomo di 20 anni robusto, senza alcun antecedente patologico si ferisce leggermente il piede destro con il suo stivale: non vi presta quasi attenzione, ma compare una piccola flittena che si rompe lasciando nel suo posto una lieve ulcerazione che non dovrà più cicatrizzare. Tre giorni dopo grossa reazione linfangitica di tutto l'arto inferiore e voluminosa e dolorosa adenopatia inguinale corrispondente: credendo ad un flemmone, gli si applicano estese applicazioni umide. Cessano i fenomeni dolorosi allorchè compare alla coscia destra, senza dolore, senza febbre, la prima gomma muscolare, sette giorni dopo il trauma. A distanza di alcuni giorni, dopo una seconda poussée linfangitica, entra in ospedale ove Lemierre e Kindberg (*Bull. et mém. de la Soc. des hôpit*, 1924, n. 13) constatano tre gomme della coscia già in via di disfacimento, una gomma dell'avambraccio sinistro, linfangite del dorso del piede in via di scomparsa, la piccola ferita iniziale, dei gangli inguinali a destra ancora voluminosi non dolorosi; febbre a 38° 5, mediocre stato generale.

Durante tre mesi la febbre non cessa ed oscilla fra 37°-38°-39°, si formano ed evolvono numerose gomme sottocutanee, sotto periostee, muscolari, indolenti, senza dar luogo a disturbo alcuno: una di esse, all'indice destro si presenta con tutti i caratteri del pseudo patereccio di Osler. La puntura dà luogo a pus color cioccolato. La biopsia e le inoculazioni fanno porre la diagnosi di tubercolosi. Dopo quattro mesi, la febbre diviene più marcata, sempre irregolare: la morte si ha con una meningite tubercolare. L'autopsia conferma la diagnosi: esisteva una granulia generalizzata dei principali organi: nel polmone si trovava in mezzo ad un blocco fibroso un nodulo caseoso in via di ulcerazione. La ferita iniziale era una piccola ulcerazione banale, senza fistola profonda, ed il microscopio vi rivelava dei noduli tubercolari tipici. In nessun luogo vi era adenopatia: i gangli tracheo-bronchiali, più piccoli del normale, senza lesione; gli inguinali non ipertrofici, normali di struttura.

Molteplicità di gomme, assenza di adenopatie, scarsi fenomeni generali, benignità, sono i caratteri di questa forma frequente nei bambini, rara nell'adulto. Il caso degli AA. si discosta per la malignità dai casi descritti dal Tixier e Barbier, dal Nicolas, Gaté e Leboef, di Nicolas e Bonnet, di Léri.

MONTELEONE.

Tubercolosi polmonare e sistema endocrino.

N. Rona (*Med. Klinik*, n. 9, 1925) osserva che la resistenza dell'organismo contro l'infezione tubercolare è in rapporto con la situazione ormonica dell'organismo. L'iperfunzione della tiroide, del timo e del pancreas, forse anche della glandola interstiziale aumentano la resistenza verso la tubercolosi mentre l'iperfunzione della glandola genitale e dei surreni diminuiscono la resistenza alla tubercolosi. Clinicamente si osserva che quelle glandole endocrine la cui iperattività aumenta la resistenza verso l'infezione tubercolare resistono esse stesse all'invasione bacillare; mentre le glandole la cui iperattività diminuisce la resistenza di fronte all'infezione vengono facilmente invase dal bacillo tubercolare che in esse determina lesioni gravi. Così è eccezionale la tubercolosi della tiroide, si osservano in essa tutto al più tubercoli miliari che non raggiungono grandezza macroscopica; egualmente eccezionale è la tubercolosi del pancreas. Il processo tubercolare invade invece spesso le glandole genitali e i surreni e determina dei processi gravi caseosi. Altre glandole endocrine che per quanto in minor grado esercitano una influenza sul processo tubercolare sono l'ipofisi nel senso di un aumento di resistenza e le paratiroidi in senso opposto. La prima è raramente affetta da tubercolosi, le seconde ammalano frequentemente.

Tiroide. Si osservano esacerbazioni di processi tubercolari dei polmoni in seguito a riduzione chirurgica della tiroide. Anche sperimentalmente è possibile dimostrare la minore resistenza alla tubercolosi degli animali privati della tiroide.

Sono pure resistenti all'infezione tubercolare gli individui affetti da clorosi, malattia che si mette in rapporto con una iperfunzione della tiroide.

Glandole genitali. È facile mettere in evidenza rapporti fra le glandole genitali e il decorso della tubercolosi. Così la tubercolosi è spesso grave all'epoca della pubertà e durante le gravidanze e benigna nella vecchiaia. Nelle donne tubercolose si osserva una comparsa precoce delle mestruazioni nei casi a prognosi più infausta, amenorrea precoce nei casi più benigni. Durante le mestruazioni si osserva una esacerbazione dei fenomeni morbosi. La gravidanza aggrava notoriamente il decorso della tubercolosi probabilmente per le alterazioni ormoniche che sono ad essa associate: il corpo luteo ha una azione antagonista alla tiroide. La castrazione influisce favorevolmente sul decorso della tubercolosi.

Glandole surrenali. Nella malattia di Addison l'infezione tubercolare si localizza di solito alle sole glandole surrenali. È probabile che l'ipofunzione della corteccia surrenale determinata dalla localizzazione tubercolare aumenti la resistenza dell'organismo di fronte all'infezione tubercolare. Anche nel corso della pellagra in cui sembra esista una ipofunzione della corteccia surrenale si nota un aumento della resistenza di fronte alla tubercolosi.

Pancreas. È nota la disposizione dei diabetici alla tubercolosi grave. Questa diminuzione di resistenza all'infezione tubercolare non si può mettere in rapporto con l'iperglicemia, perchè l'iperglicemia fisiologica della vecchiaia anzichè aggravare attenua il decorso della tubercolosi. All'inizio dell'infezione tubercolare si osserva un aumento di tolleranza per gli idrati di carbonio.

Timo. L'iperplasia del timo favorisce la funzione tirodea e protegge quindi contro la tubercolosi.

La cura igienico dietetica, l'elioterapia e il clima d'alta montagna influenzano favorevolmente il decorso della tubercolosi alterando nel senso antitubercolare la situazione ormonica dell'organismo. POLL.

Lo jodio nel gozzo esoftalmico.

Si è sempre ritenuto che la somministrazione di jodio e di preparati a base di jodio sia una pratica pericolosa nel gozzo esoftalmico. Recentemente però Plummer e Boothby avanzarono l'ipotesi che in tale malattia vi fosse spesso una insufficienza di jodio. Tenuto conto anche dell'osservazione di Fraser, secondo cui, maggiore è l'iperplasia della ghiandola, minore ne è il contenuto in jodio, i due autori sopra citati sperimentarono la somministrazione di jodio in 600 malati, di cui 43 furono studiati accuratamente. Lo jodio venne somministrato in forma di soluzione di Lugol, (al 5 % di jodio e 10 % di joduro di potassio), in quantità di 10 gocce al giorno. Due terzi dei malati ritrassero dalla cura notevoli benefici, un quarto ebbe lieve miglioramento; in proporzione di 1 su 20 non si osservò alcun vantaggio. Ad analoghi risultati giunsero altri sperimentatori, fra cui Fraser che trovò un grande miglioramento con la somministrazione dello jodio; il metabolismo basale e la frequenza del polso diminuirono, mentre aumentò il peso. Gli ammalati però non potevano considerarsi come guariti, poichè ogni sforzo mentale bastava a riprodurre i sintomi; la somministrazione di maggiori quantità portava a peggioramenti.

Notevoli vantaggi dà lo jodio in questi malati quando si debbano sottomettere all'atto operativo. In un gruppo di 63 malati, operati da A. S. Jackson, non vi fu nè mortalità operativa, nè mortalità medica e tale autore attribuisce allo jodio questo successo. Egli somministra 10 gocce di liquido di Lugol per tre mesi o più ed i mi-

glioramenti sono così evidenti che, nella maggior parte dei casi si rendono superflue le operazioni preliminari, quali la legatura delle arterie; sicchè la tiroidectomia può essere praticata subito in primo tempo. La quantità di liquido di Lugol viene gradatamente aumentata, fino a farne prendere 30 gocce al giorno e fino a 40-50 nelle 48 ore precedenti l'operazione. In tal modo i pazienti possono rimanere in casa ed essere operati il mattino seguente la loro entrata all'ospedale. La somministrazione di jodio giova anche come cura postoperatoria sicchè i malati possono lasciare l'ospedale al 5°-6° giorno purchè non vi sia scompenso cardiaco o degenerazione viscerale. Una parte dei successi operatori va attribuita all'esecuzione dell'intervento nei primi stadî ed alla buona organizzazione ospedaliera. Anche C. Mayo, in una sua conferenza tenuta recentemente all'Accademia medica di Roma, mise in rilievo i vantaggi della somministrazione di jodio nei gozzi esoftalmici da operare.

Gli inglesi però (*The Lancet*, 18 aprile 1925) non condividono pienamente queste vedute. Essi osservano che la somministrazione preoperatoria di liquido di Lugol può portare dei vantaggi, purchè esso sia dato in dosi minime (cmc. 0.18, per tre votle al giorno); ma, dopo 10-14 giorni di tale somministrazione, i vantaggi svaniscono ed il paziente ricade, sicchè bisogna intervenire prima di tale periodo di tempo. Dosi maggiori portano un'esacerbazione dei sintomi, come aumento di temperatura, della frequenza del polso e del respiro. Anche al London Hospital non si ebbe nei malati così trattati nessuna mortalità, ma si deve tener presente che il trattamento pre- e postoperatorio venne sempre continuato come prima. Così il paziente venne tenuto in letto per almeno due settimane prima dell'intervento e non lo si lasciò mai ritornare a casa prima del 5°-6° giorno.

Comunque, anche i chirurghi inglesi confermano che la somministrazione di jodio dà miglioramenti sia pure temporanei, diminuisce la mortalità operatoria e l'ipertiroidismo postoperatorio; tutte le altre affermazioni abbisognano ancora di ulteriori controlli.

fil.

Ancora lo iodio nel gozzo esoftalmico.

L'effetto dello iodio nel gozzo esoftalmico è stato studiato in 24 casi da F. R. Fraser (*The Brit. Med. Jour.*, n. 3340, 1925) ottenendo un miglioramento sorprendente delle condizioni generali del paziente, con diminuzione del metabolismo basale e della tachicardia, e con aumento del peso corporeo.

Tale miglioramento non è però di regola persistente. La dose iniziale deve essere di 15 gocce della soluzione alcoolica al 10 %, ma non vi si può insistere che per pochi giorni o settimane. Sospendendo la somministrazione, le condizioni del paziente peggiorano di nuovo. Per un trattamento prolungato la dose dovrebbe quindi essere diminuita non appena appaiono i primi segni del miglioramento, continuando con 3-6 gocce al giorno, e regolandosi anche con lo stato del paziente.

Un indurimento progressivo della ghiandola costituisce indicazione per un dosaggio minore. Se infine si usano dosi troppo forti, le condizioni del paziente possono peggiorare piuttosto che migliorare.

M. FABERI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Stati latenti.

La predisposizione dell'organismo a reagire a fattori dannosi con diverse modalità patologiche, dice E. Abderhalden (*Med. Klinik*, n. 10, 1925) ha sempre più richiamata l'attenzione degli scienziati. Tale predisposizione può rimanere latente durante tutta la vita quando non subentri uno dei fattori che renda manifesto lo stato morboso. La difficoltà che in tali casi permanentemente latenti presenta il riconoscimento dello stato anormale è la causa più importante dell'impossibilità di seguire il decorso ereditario di stati patologici. Studiando la trasmissione ereditaria di una malattia si seguono infatti soltanto quei casi in cui lo stato patologico è stato reso manifesto dall'azione di qualche fattore determinante, mentre sfuggono tutti quei casi in cui la predisposizione costituzionale era la stessa ma lo stato era rimasto latente per tutta la vita, per la mancata azione delle cause determinanti la malattia manifesta. Così p. es. dei cani privati delle glandole paratiroidi possono essere in tutto simili a dei cani normali purchè prima e dopo dell'operazione essi vengano alimentati senza carne con pane, latte, lattosio e calcio. Nonostante l'assenza delle paratiroidi essi non presentano fenomeni tetaniaci. Fattori patologici ed anche fisiologici possono però rendere manifesto lo stato di tetania latente degli animali paratiroidectomizzati: durante il periodo del calore o durante la gravidanza si manifestano facilmente i fenomeni di tetania manifesta. La gravidanza agisce probabilmente con lo spostare l'equilibrio fra acidi e basi dell'organismo.

Cavie e conigli cui venga estirpata la tiroide possono vivere fino uno o due anni e non presentare sensibili differenze esterne dagli animali normali. Però gli animali tiroidectomizzati resistono meno degli animali normali al raffreddamento e all'intossicazione con acido tellurico. Ratti cui sia stata estirpata la corticale dei surreni resistono alla morfina meno degli animali

normali. Si potrebbero moltiplicare notevolmente questi esempi che dimostrano come delle condizioni fortemente abnormi possono rimanere latenti fino a che vengano ad agire dei fattori che rendono lo stato manifesto. È importantissimo per la profilassi delle diverse condizioni morbose arrivare a conoscere questi stati latenti prima che si manifesti la malattia; ciò è oggi già possibile in alcuni casi, con la determinazione del calcio nel sangue, con la determinazione della riserva alcalina, con l'esame della funzionalità del rene e del polmone. POLLITZER.

Sull'influenza del parasimpatico sulla glicemia.

La quantità di glucosio nel sangue è normalmente fissa e ciò, sembra, per l'influenza del sistema nervoso vegetativo. Alcune esperienze hanno dimostrato che iniettando nei cani dei tossici ad affinità parasimpatica (pilocarpina, fisiostigmina) si hanno delle iperglicemie spiccate, meno alte però di quelle che si ottengono dopo iniezione di adrenalina.

Fraile (*Los Progresos de la Clinica*, oct. 1924) ha notato al contrario nelle medesime condizioni una ipoglicemia più o meno marcata, mentre con l'adrenalina l'iperglicemia è manifesta.

I veleni parasimpatici sembrano differenziarsi dai tossici con azione propriamente simpatica, perchè essi producono un aumento del quoziente respiratorio, onde è logico pensare che la loro azione fondamentale consista in una tendenza ad attivare la combustione degli zuccheri senza intervenire direttamente sul glicogeno epatico.

Poichè però tale combustione esagerata fa scomparire una certa quantità del glucosio del sangue, il fegato interviene per riportare la glicemia ai suoi valori normali, mobilizzando il suo glicogeno. L'equilibrio sarà quindi mantenuto o alterato a seconda della capacità reattiva del fegato. A. POZZI.

Azione dei raggi Röntgen sul chimismo gastrico.

Sotto l'azione di una sola dose di raggi X nella quantità di 500 R. sull'area gastrica Bentaude, Salomon e Oury (*Soc. de Biologie*, 20 dicembre 1924) hanno osservato in un terzo dei casi una netta caduta dell'acidità un'ora dopo l'applicazione; negli altri due terzi nessuna variazione.

Sotto l'azione di diverse dosi di 500 R. alla distanza di 3-8 giorni hanno avuto nel 55 % dei casi una rapida caduta dell'acidità, nel 25 % una diminuzione leggera e nel 20 % nessuna modificazione. Contemporaneamente si ha una diminuzione nella percentuale della pepsina. La diminuzione dell'acido cloridrico è più netta e più duratura dell'acidità normale. L'assuefazione ai raggi non è frequente. BR.

VARIA

La psicologia della musica.

La musica ha costituito argomento di studio per fisici e fisiologi, ma ha affaticato anche la mente di psicologi. Gli effetti della musica sulla psiche sono tra i più potenti ed insieme tra i più indefinibili. L'amore per la musica è universale: ne risentono gli effetti l'uomo civile, come il selvaggio, ed anche gli animali. Gli scorpioni si agitano al suono del violino, si contorcono, danzano tumultuosamente, il loro eccitamento aumenta con i crescendo e diminuisce con i decrescendo. La lucertola ascolta e segue il suono del violino, il boa si avvicina strisciando allo strumento. L'orso si rizza sulle zampe posteriori ed ascolta attentamente, il lupo e lo sciacallo ululano e si accovacciano, l'elefante soffia con rabbia a certe musiche, il cane spesso si lamenta, il gatto miagola e si mette in agitazione; i cavalli galoppano al ritmo della musica; le mucche mentre ascoltano la musica hanno latte più abbondante; le scimmie dondolano il capo e fanno gesti di attenzione piacevole, e si voltano con disgusto quando sentono alcuni strumenti. Il mito di Orfeo ha un fondamento reale.

Certo è che fra tutte le arti la musica è quella che ha capacità di commuovere il maggior numero di esseri viventi.

Calmey rileva che mentre la poesia descrive le azioni, e le arti grafiche e plastiche dipingono situazioni, la musica rappresenta e suscita emozioni.

La poesia, la poesia classica, raramente descrive situazioni e cose. Quando è costretto alla descrizione, il vero poeta converte la situazione in azione. Omero non descrive lo scudo di Achille, ma fa che Vulcano lo forgi dinanzi ai nostri occhi. Omero non descrive la bellezza di Elena, ma narra della sua influenza su tutti. Noi non sappiamo se Elena era bionda o bruna, alta o bassa, grassa o snella, sappiamo solo che era bellissima. Il poeta del Cantico dei cantici non descrive la bellezza della sposa di Salomone, ma ne paragona le fattezze alle cose più graziose, ai più deliziosi quadri della natura. Eppure nulla è determinato, il poeta si affida più all'immaginazione del lettore che alla sua capacità descrittiva.

La pittura, la scultura, l'architettura rappresentano situazioni che hanno una certa permanenza e non azioni continuative. In ogni caso l'elemento emotivo-sentimentale in esse è sempre subordinato al fatto intellettivo.

La musica, la musica pura, il suono senza parole si esprime in modo indefinito e parla alla

vita emotiva in modo generale. Rappresenta solo il tono del pensiero e manca di qualsiasi precisa applicazione. L'intelletto non ha nessuna parte nella musica primitiva, nel canto senza parole. Esprime gioia e felicità, dolore e tristezza, o meglio provoca queste emozioni. È gaia o malinconica, violenta o calma, perciò deprime o esalta. Induce uno stato recettivo dell'anima e provoca per associazione d'idee differenti stati psichici attraverso i quali l'ascoltatore è passato altre volte durante la sua vita. La musica non crea nuove emozioni, il suo potere emotivo consiste nel rievocare alla memoria precedenti stati dello spirito.

La musica non è un linguaggio nello stretto senso della parola, ma un modo di espressione di sentimento indefinito, un linguaggio inarticolato, che parla solo alle nostre emozioni. Quando parla all'intelletto è un artificio e cessa di essere universale.

Il canto senza parole o la musica strumentale parla alle nostre emozioni attraverso il tono ed il ritmo.

Il tono maggiore con i suoi crescendo regolarmente ascendenti determina gioia, il tono minore con le sue proporzioni oscure irregolari, provoca malinconia, languore, serietà. Le note alte inducono gaiezza, vivacità, senso di benessere, di contentezza, incitano all'attività; le note basse inducono afflizione, malinconia, calma, quiete, un senso di inerzia. Il ritmo affrettato esprime vitalità, benessere; quello lento apatia e languore. La musica lenta dà un'ombra di tristezza anche al godimento che essa procura: è una dolce tragedia. Il godimento più intenso non è incompatibile con la tristezza.

Il tenore con il suo timbro alto rappresenta la giovinezza, la vita, l'ardente aspirazione per la felicità ideale; il baritono rappresenta la mezza età, la serietà, l'avvedutezza, la passione infrenata dall'esperienza; il basso rappresenta la vecchiaia con tutte le sue miserie, il dolore della vita che volge al tramonto.

Ognuno trova nella musica qualche cosa che ha consonanza con i propri sentimenti, perchè la musica parla al sentimento puro, indeterminato. Noi troviamo in ogni aria o melodia paura o gioia, noia o fascino. Il grido di paura e di gioia furono le prime note canore dei nostri antenati, e queste note sono gli elementi fondamentali dell'arte musicale. Tutte le successive modificazioni perfettive di quest'arte hanno come i loro elementi primitivi un tono emotivo.

Il ritmo musicale trova nel nostro essere una consonanza organica. La vita è ritmo. Gli alti e bassi della musica simbolizzano l'universo e la vita umana in particolare. Dal momento della nascita fino alla tomba l'uomo ha i suoi alti e bassi nella lotta continua con l'ambiente.

Questa corrispondenza simbolica tra la musica e la vita spiega forse la passione che ha l'uomo per la musica.

Quando si ascolta una melodia tutte le fibre dell'organismo vibrano in una perfetta sinfonia, donde una sensazione di godimento estetico. Le vibrazioni indotte nell'organismo obbediscono alle stesse leggi che governano l'armonia musicale. Lo spirito è attratto dall'armonia dei suoni ed inconsciamente respinge ogni dissonanza perchè estranea alla sua natura stessa. In fondo l'armonia consiste in una simpatia di vibrazioni tra suono ed organismo.

Nell'uomo l'arte musicale è costituzionalmente latente; la musica è innata nell'uomo. È un istinto che ci riporta nell'infinito, e ci identifica con questo. La musica è il simbolo del cosmo intero. La musica del firmamento e la sinfonia stellare non è soltanto una frase poetica. Nella musica la percezione del tempo è simultanea dello spazio, o meglio le due percezioni si confondono e pare s'identifichino.

La musica è il solo linguaggio comprensibile da tutti in tutti i tempi in tutte le regioni. Con esso parla lo spirito dell'universo. Il ritmo affrettato induce sempre ed in tutti gioia e vivacità, l'*allegro* felicità, l'*adagio* depressione, le note alte esaltazione, quelle basse abbattimento; il ritmo lento desta l'idea della morte, il ritmo rapido la speranza dell'immortalità. La musica lenta esprime apatia, inerzia, sconforto, mentre la musica a ritmo rapido induce sensazione di serenità, diletto, attività, trionfo.

In ogni caso la musica, qualunque sia la sua tonalità ed il suo ritmo, induce sempre un senso di soddisfazione, anche quando essa strappa le lagrime. Noi troviamo godimento e consolazione nella infelicità generale.

Più che qualsiasi altra arte la musica è gradita e sentita da tutti, perchè la percezione della musica non risente la influenza della cultura.

La musica con il suo ritmo rappresenta o meglio simbolizza l'incessante, tormentosa aspirazione dello spirito umano. L'uomo vive nell'alterna costante vicenda del desiderio e della soddisfazione.

Il senso di felicità è breve, dura il breve intervallo tra il desiderio e la soddisfazione. La mancanza della soddisfazione provoca sofferenza, e l'assenza di desiderio induce languore, monotonia, indolenza.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA*

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XL. — Licenziamento per fine del periodo di prova. — Necessità di migliore disciplina.

È illegittimo il licenziamento di un medico condotto per scadenza del periodo di esperimento, qualora risulti che il Comune vi sia stato indotto dalla preoccupazione di sottostare a maggiori oneri imposti da un concordato con la Federazione medica.

Questa massima è desunta dalla decisione 10 gennaio 1925, n. 101, della IV Sezione del Consiglio di Stato, la quale soggiunge: o gli ulteriori oneri che al Consorzio sarebbero derivati dal concordato avevano legittima base, e in tale ipotesi è ovvio come la impugnata deliberazione non possa mantenersi in essere imperocchè sarebbe evidentemente contro diritto; ovvero gli oneri medesimi mancavano di giuridico fondamento e in questa ipotesi il dott. Gambarini non avrebbe potuto conseguire la stabilità che alle condizioni dell'atto di sua prima assunzione in servizio, per cui insussistenti sarebbero state le preoccupazioni del Consorzio che ispiravano la deliberazione di licenziamento ».

Si tratta di una risoluzione ovvia, la quale non meriterebbe speciale segnalazione se la più recente giurisprudenza del Consiglio di Stato circa il licenziamento per fine del periodo di prova non ci avesse ormai abituati a considerare come eccezioni queste forme di controllo serio ed efficace.

Segnaliamo perciò volentieri la risoluzione giusta e coscienziosa che risulta dalla decisione n. 101.

Ma dobbiamo aggiungere subito che un'altra decisione recente dimostra sempre più che, malgrado qualche eccezione, la tendenza della giurisprudenza non è sostanzialmente modificata.

Il caso recente al quale alludiamo è quello del dott. Grippo Teodosio, il quale fu licenziato dal Comune di Ovaro non per motivi inerenti alla prova e nemmeno per necessità di ordine amministrativo, ma con questa formula: « ...in attesa del regolamento per l'applicazione della legge 30 dicembre 1923 ed in attesa di modificare il vigente regolamento organico comunale per la condotta medica ».

È noto che, in un primo tempo, la giurisprudenza del Consiglio di Stato, quando tendeva a controllare seriamente il giudizio del Comune, pur mantenendosi nei limiti della legittimità, aveva stabilito che il licenziamento potesse essere deliberato anche per necessità di ordine amministrativo, purchè però si trattasse di una riforma *in atto*, definita e controllabile la quale potesse trovare ostacolo nella stabilizzazione del rapporto del medico condotto. Successivamente, questo criterio fu attenuato e parve sufficiente anche una riforma prossima, comunque apprezzabile. Ma da qualche tempo la giurisprudenza si è allontanata dalle sue migliori tradizioni, in questa materia specifica, e risolvendo una serie di casi concreti ha trovato modo di salvare anche provvedimenti che apparivano manifestazione di vero arbitrio. Segnalammo altra volta il caso del dott. Pozzi, il quale era stato licenziato in vista della riforma che si doveva attuare a norma dei decreti 27 maggio e 24 settembre 1923; fu osservato dal ricorrente che nessuna modificazione dell'unica condotta del Comune avrebbe potuto trovare ostacolo nella stabilità e quindi era inutile licenziare preventivamente il medico condotto. Ma la IV Sezione del Consiglio di Stato disse allora che non c'era un nesso *necessario* tra le dichiarazioni fatte dal sindaco nell'adunanza consiliare, per motivare la sua proposta di licenziamento, e il dispositivo della deliberazione.

Nel caso del dott. Grippo la decisione dice che « gli incisi dei quali trattasi non sono di per se stessi tali da contraddire in modo assoluto (col manifestare l'intenzione di procedere a una riforma del servizio medico) col fine della dimissione per fine di prova ». In sostanza la decisione ha voluto dire che non si può escludere che il Consiglio abbia fatto una valutazione della prova, sebbene nella deliberazione sia detto, come già abbiamo rilevato, testualmente così: « il Consiglio delibera di licenziare il dott. Grippo Teodosio per fine del periodo di prova che scade il 26 luglio 1924 in attesa del regolamento per l'applicazione della legge 30 dicembre 1923 ed in attesa di modificare il vigente regolamento organico comunale per la condotta medica ».

Ritenere in questo caso che il licenziamento si debba considerare *presuntivamente* motivato dalla valutazione della prova è ipotesi così azzardata che vogliamo invece pensare essere stato diverso il vero movente della decisione: quello cioè di non tener conto delle motivazioni del Consiglio, posto che la legge consente ai Comuni di non motivare. Vero che si è sempre ritenuto doversi sindacare la motivazione, anche quando questa non sia obbligatoria, per stabilire se il motivo del provvedimento sia legittimo; praticamente però

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

si giunge allo stesso risultato quando non si tiene conto della motivazione e quando si prescinde dai motivi dichiarati e ci si affida ad incerte presunzioni.

Ma lo scopo di questa delucidazione non consiste in una critica, che potrebbe essere sterile, essendo invece rivolto a segnalare la necessità di una migliore disciplina legale del potere del Comune, nei casi di licenziamento per fine del periodo di prova.

Si tratta di un argomento grave, sul quale noi *insistiamo* da tempo perchè vediamo praticamente le conseguenze di una disparità di trattamento che nessuna ragione seria può giustificare. Per tutti gli impiegati comunali, dal segretario al più modesto archivista, è prescritto l'obbligo della motivazione nel caso di licenziamento per fine del periodo di prova. Il licenziamento dell'ufficiale sanitario dopo il biennio di esperimento è circondato da speciali garanzie: relazione del medico provinciale, parere del C. P. S., provvedimento motivato del Prefetto. Soltanto per i medici condotti si fa eccezione alla regola della motivazione.

L'argomento è grave, dicevamo, perchè si tratta di impiegati che hanno partecipato ad un concorso, si sono esposti ad un giudizio di idoneità assoluta e relativa, hanno ottenuto il riconoscimento della capacità tecnica ed hanno costituito col Comune un vero e proprio rapporto giuridico. Normalmente il medico sposta nella nuova sede anche la propria famiglia; in ogni caso vi trasferisce i suoi interessi e vi impegna la sua opera per due anni. Se egli fa non buona prova è giusto che sia licenziato; ma non è nè opportuno nè prudente che sia lasciata al Comune una facoltà assoluta ed incontrollabile agli effetti del licenziamento. Poteri di questa natura degenerano facilmente in arbitrio, con grave pregiudizio di interessi legittimi. A noi sembra che anche il licenziamento del medico condotto per fine del periodo di prova debba essere *motivato* dalla valutazione della prova. Questa norma dovrebbe essere stabilita dal regolamento di prossima pubblicazione.

Il giudizio del Consiglio deve riferirsi alla prova fatta dal medico; soltanto per motivi inerenti alla prova deve essere possibile il licenziamento con le norme dell'art. 32 del T. U. delle Leggi sanitarie. Dovrebbe essere esclusa la possibilità del licenziamento per esigenze d'ordine amministrativo, attuali o future.

Sarebbe così ricondotto il licenziamento per fine del periodo di prova alla sua vera finalità, cioè a quella di rendere possibile la risoluzione del rapporto in base ad un giudizio sereno ed obbiettivo della prova, anche quando non concorrano motivi gravi a norma dell'art. 34 del T. U.

Già altra volta segnalammo la necessità di disposizioni regolamentari chiare e precise in questo senso: *insistiamo* ora perchè la esperienza dimostra sempre più che l'indirizzo attuale della giurisprudenza, in base alle norme in vigore, conduce alla incensurabilità di qualsiasi arbitrio. Purchè la deliberazione sia regolare per la forma, il Comune può fare quel che crede, insindacabilmente. Questa è la realtà.

XLI. — Dispensa dal servizio per scarso rendimento.

La IV Sezione del Consiglio di Stato, esaminando un caso di esonero di un impiegato statale, per scarso rendimento, con decisione 9 gennaio 1925, n. 23, ha stabilito alcuni criteri che è utile tener presenti, per indiretto riferimento, anche in rapporto agli impiegati degli enti locali.

È necessario però avvertire che il Comune non può esercitare un *potere autonomo di licenziamento* per scarso rendimento. I decreti 27 maggio e 24 settembre 1923 non attribuirono, senz'altro, questo potere agli enti locali; ma, *soltanto nel caso di soppressione di posti e del conseguente licenziamento del personale esuberante*, stabilirono che dovessero essere dispensati dal servizio preferibilmente gli impiegati che davano scarso rendimento. Si trattava, dunque, di una norma che doveva essere osservata nel caso di licenziamento per soppressione di posti e per riduzione di organico.

L'art. 41 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, prevede il licenziamento per « inabilità al servizio »; ma questa ipotesi è obbiettivamente distinta da quella dello scarso rendimento e si attua con le forme e le garanzie che dalla legge stessa sono stabilite per i provvedimenti disciplinari.

Quindi nè straordinariamente nè in forza dei poteri normali il Comune o qualsiasi altro ente locale può esercitare quella speciale attribuzione che si concreta nell'esonero o nella dispensa dal servizio per scarso rendimento e che è stata demandata soltanto allo Stato in confronto dei suoi impiegati.

Chiarito questo punto, esponiamo i criteri stabiliti dal Consiglio di Stato.

Agli effetti dello scarso rendimento si deve considerare soltanto *l'effetto*, senza riguardo alle cause, per quanto queste possano essere giustificate per motivi di salute o di famiglia. Si devono quindi valutare come fonte di scarso rendimento le assenze dal servizio anche se giustificate da malattia o se dipendenti da regolari provvedimenti di congedo o di aspettativa. Si deve dare inoltre maggior peso al servizio prestato negli ultimi anni, perchè da esso si può meglio valutare la capacità attuale di prestare opera utile.

Questi criteri sono stati confermati con le decisioni 9 gennaio 1925, n. 25, 36 e 56.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Lotta contro la malaria.

Il Ministero dell'Interno (Direz. Gen. della San. Pubbl., Divis. VI, Sez. I) ha inviato ai Prefetti una circolare n. 20183-6/3470, illustrativa del T. U. delle leggi sulla bonificazione delle paludi e dei terreni paludosi, approvato con il R. Decreto 30 dic. 1923, n. 3256.

La circolare richiama l'attenzione sull'ampliata nozione legislativa del concetto di bonifica e in particolare sull'art. 3, a norma del quale è consentito di procedere, con R. decreto, alla dichiarazione di *bonifica di prima categoria* per opere necessarie al risanamento igienico di zone limitrofe a centri abitati. La circolare rileva poi la portata antimalarica notevole che ha il complesso delle disposizioni raggruppate al titolo IV, sotto la denominazione di *piccola bonifica*, e dà amplissime istruzioni sulla piccola bonifica, la quale ha prevalentemente lo scopo d'integrare la grande. La circolare descrive alcune misure di risanamento, e in particolare i drenaggi coperti, nonchè le più pratiche misure antilarvali, tra cui l'impiego delle gambusie, del petrolio grezzo e del verde di Schweinfurt; richiama i principali mezzi di lotta contro le zanzare adulte.

Riporteremo a parte — in ragione della relativa novità e della copia di particolari tecnici interessanti — quanto concerne l'impiego del *verde di Schweinfurt.*

INSEGNAMENTO SUPERIORE.

Proroga di esami di libera docenza.

Il ministro della P. I. on. Fedele, con circolare n. 45, in data 8 maggio c. a., ha prorogato la sessione di esami per le libere docenze, dai mesi di maggio e giugno ai mesi di settembre e ottobre, per non distrarre i professori universitari dall'insegnamento negli ultimi mesi dell'anno scolastico.

In relazione con tale proroga, sono riaperti i termini per la presentazione delle domande, fino al 30 giugno. Allo scadere di questo termine le domande dovranno essere regolarmente documentate e la presentazione dei titoli dovrà essere completa, così che possa subito iniziarsi l'invio dei titoli stessi ai componenti le Commissioni giudicatrici. Le domande che alla data suddetta risultassero incomplete o irregolarmente documentate non saranno tenute in considerazione, e così quelle per le quali non sia stato effettuato il deposito per le spese inerenti agli atti, sull'ammontare che verrà richiesto a ciascun candidato e nel termine indicato. I candidati che intendano valersi della facoltà di trasmettere direttamente ai commissari le proprie pubblicazioni, debbono, entro il termine del 30 giugno, darne avviso al Ministero. Non saranno considerate come regolari le domande di coloro che non avranno fatta in tempo utile tale comunicazione.

Cronaca del movimento professionale.

I Congresso Nazionale della Corporazione Sanitaria.

Si è adunato in questi giorni a Roma. Prossimamente ne pubblicheremo un resoconto.

Tessera di riconoscimento per gli iscritti nell'Ordine dei Medici di Roma.

A coronamento delle pratiche svolte dalla Presidenza, il Ministro delle Comunicazioni ha adottato il provvedimento che riconosce, come documenti validi per l'accertamento della identità personale nelle operazioni postali, le tessere rilasciate dall'Ordine ai propri iscritti.

Riportiamo il testo della disposizione (Numero 654150/Ch. 61, 1924):

« All'elenco degli Enti le cui tessere, a norma dell'allegato H dell'istruzione per il servizio dei vaglia del 1914, sono ammesse nelle operazioni postali, devesi aggiungere l'Ordine dei Medici della provincia di Roma.

« La tessera di detto Ordine è formata da un cartoncino di color celeste sul recto, avente in alto nella parte centrale la leggenda: « Ordine dei Medici della provincia di Roma » e più sotto l'intestazione: « Tessera del riconoscimento... ». A sinistra in alto è riprodotto lo stemma reale e sotto il numero della tessera. A destra in alto v'è lo spazio rettangolare per fissare la fotografia timbrata a secco.

« Il bollo a secco con le parole: « Ordine dei Medici - Roma » è impresso parte sulla fotografia e parte sul cartoncino. A destra in basso v'è la firma del Presidente dell'Ordine ed a sinistra in basso v'è la firma del titolare della tessera.

« Sul verso vi sono soltanto sei speciali caselle per le vidimazioni annuali ».

I colleghi già in possesso di tessere, sulle quali non è apposto il timbro a secco dell'Ordine, sono pregati di voler favorire negli Uffici per regolarizzare il documento, che, privo delle formalità suddette, non avrà valore.

Per il rilascio di nuove tessere, la Presidenza, a quei colleghi non conosciuti personalmente, richiederà o documenti di identificazione o la presentazione di altro collega conosciuto.

Gli iscritti sono pregati di accettare di buon animo queste disposizioni che mirano a garantire l'autenticità della tessera rilasciata ed a evitare conseguenze e responsabilità che potrebbero essere gravi e spiacevoli.

Sindacato Nazionale Medici Stomatologi.

Il Gruppo di Lucca, in seguito alle condanne avvenute il giorno 25 aprile u. s., nella Pretura di Lucca, a carico di esercenti abusivi e di medici prestanome, intende intensificare la lotta contro

i meccanici dentisti in funzione di stomatologi e contro i medici prestanome; all'uopo ha approvato un circonstanziato ordine del giorno, rivolgendosi alle autorità politiche, al Presidente dell'Ordine dei Medici, al medico provinciale, al Sindacato Nazionale Medici liberi professionisti, al Sindacato dei Medici condotti, alle Presidenze degli Ordini degli Avvocati, Ingegneri, Farmacisti e Veterinari ed ai Laureati in genere, alla Stampa.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

III Congresso internazionale di medicina e farmacia militare di Parigi.

(20-25 aprile 1925).

Il terzo Congresso internazionale di medicina militare di Parigi, dopo quelli tanto ben riusciti di Bruxelles e di Roma, costituisce un'altra solenne affermazione della magnifica organizzazione di queste grandiose riunioni internazionali che oltrepassano la semplice portata scientifica del Congresso ed assumono un carattere squisitamente politico internazionale per quello scambio di dimostrazioni in tutti i campi dell'attività sanitaria e per quell'affiatamento cordiale e sempre crescente fra le Sanità militari delle varie nazioni.

Il 1° Congresso riunì 20 Delegazioni, il 2° 26, quello di Parigi 34 nazioni con oltre 2500 congressisti. L'Italia figurava terza per il numero di congressisti (140), dopo la Polonia con 198 ed il Belgio con 189.

Il Congresso, molto bene organizzato per merito principalmente del colonnello dott. UZAC, è stato presieduto dal ben noto ed illustre batteriologo, tenente generale medico VINCENT, ed è stata una vera e propria affermazione della solida organizzazione del Servizio sanitario in Francia.

Inaugurato solennemente alla Sorbona alla presenza del Presidente della Repubblica e delle massime autorità civili e militari, ha proseguito le sue sedute scientifiche giornaliere nell'antico e glorioso Ospedale Militare di Val-de-Grâce che è anche Scuola di Applicazione di Sanità militare e che ha avuto ed ha nel suo attivo molti nomi della scienza medica francese.

Basti citare tra i viventi Vincent, Dopter, Sacquepée, Toubert, Rouvillois, Jacob, Picqué ecc. e tra gli antichi: Maillot, Villemin, Laveran.

I temi svolti, come negli altri due congressi, sono stati quattro:

1° (di organizzazione): *Della specializzazione tecnica come base del funzionamento del servizio sanitario.* Relatori per la Francia, il prof. JEANBRAU (della Facoltà di Montpellier) e il ten. colonnello prof. SPIRE.

Su questo tema vi furono comunicazioni italiane dei tenenti colonnelli CASARINI, BAYON e CACCIA. Ve ne fu anche una molto interessante del prof. ALESSANDRI *sull'aviazione sanitaria.* In fine di seduta il prof. ALMROTH WRIGHT tenne una molto interessante conferenza sul tema: *Insegnamenti della grande guerra*, illustrando con solidi argomenti e con numerose proiezioni la sua nota teoria *sul trattamento delle ferite infette.*

2° (Medicina): *Metodi di selezione del contingente con riguardo speciale alla tubercolosi.* Relatori per la Francia i colonnelli medici LEVY e JEANDIDIER; per la Polonia i colonnelli medici RUDZSCKI e SOKOLOWSCKI. Fecero comunicazioni su tale argomento i tenenti colonnelli italiani BALLA, CASARINI e FUNAIOLI.

3° (Chirurgia): *Evoluzione e trattamento delle artriti traumatiche.* Relatori per la Francia il prof. BOUVILLOIS (colonnello medico) e il prof. MAISONNET (maggiore medico); per il Belgio il colonnello medico DERACHE e maggiore VONCKEN.

Per l'Italia ha fatto una comunicazione il tenente colonnello medico CACCIA.

4° (Farmacia): *Metodi di analisi del materiale di medicatura e di sutura.* Relatori per la Francia il maggiore medico LE BOURDELÈS ed il farmacista capo MOREAU; per la Rumenia il colonnello farmacista IONESCU.

Seguirono comunicazioni, tra le quali una del colonnello chimico-farmacista italiano SUZZI.

Questo. in breve, il resoconto delle sedute scientifiche.

Ma, prerogativa importante di questi Congressi internazionali di Medicina militare, è l'organizzazione di numerose e svariate altre attrattive che riuniscono in una confortevole armonia l'*utile dulci.*

E così è stata organizzata una Esposizione industriale sanitaria nei giardini di Val-de-Grâce, dove nei vari reparti, sapientemente allestiti, si è potuto ammirare il magnifico sviluppo ed i progressi realizzati dall'industria francese applicata alla Medicina ed alla Chirurgia.

Degna di particolare rilievo è stata anche la Mostra del servizio di Sanità militare che fu integrata da sedute cinematografiche, nelle quali furono proiettate interessanti films sul servizio sanitario militare in campagna presso l'esercito francese; Mostra che ha servito a confermare come la Francia si trovi all'avanguardia nell'applicazione dei progressi derivati dall'esperienza della grande guerra.

Anche nelle istituzioni di pace la Sanità militare francese è molto progredita. Lo ha voluto dimostrare nella gita fatta all'Ospedale Percy per tubercolosi, situato in un'incantevole posizione a Issy-les-Moulineaux (presso Parigi). Lo stabilimento è bene organizzato per tutti i vari servizi e fornito dei mezzi diagnostici più recenti e perfezionati di accertamento. Vennero presentati numerosi malati di tubercolosi chirurgica con risultati veramente lusinghieri, dovuti a razionale trattamento terapeutico.

Il *clou* (mi sia permessa la parola, parliamo della Francia) però delle gite d'indole sanitaria, è stata quella al campo di aviazione di Burget, dove furono fatte dimostrazioni pratiche di areoplani sanitari con manovre di carico e scarico dei feriti e furono compiuti voli numerosi per mettere

in evidenza la facilità dei sollevamenti e degli atterramenti degli apparecchi in pochi metri (30-40).

Fu anche visitato l'attiguo areoporto per l'aviazione civile, con l'annesso padiglione P. Bert, centro psico-fisiologico per l'esame degli aspiranti piloti civili e militari, dotato di tutti i mezzi diagnostici, clinici e psico-fisiologici più perfezionati e moderni.

Crescit eundo.

Veramente ben riuscite e particolarmente gradite alla massa dei congressisti e specialmente alle gentili congressiste, molto numerose ed elette, furono le serate teatrali di prosa (con i migliori artisti della Comédie Française) e di musica, le gite artistiche ed i sontuosi ricevimenti.

La serata di gala all'Opéra con la presenza di tutti i congressisti in grande uniforme nelle loro magnifiche e svariate divise e con l'intervento del Presidente della Repubblica, preceduto dalla Guardia Repubblicana nella sua smagliante uniforme, nell'imponente scalone d'ingresso, è stata veramente indimenticabile, oltre che per l'impeccabile audizione musicale, per l'insieme di grandiosità e di splendore che lo storico e superbo teatro ha lasciato impresso nell'animo di ogni spettatore con un'eco profonda, materiata di ammirazione e di gratitudine.

Tra le gite artistiche, meravigliosa tra tutte le altre, anche queste però bene organizzate e dedicate particolarmente alle signore congressiste, fu quella di Versailles, favorita da una bella giornata primaverile (quasi si sarebbe detto di essere in Italia!), dove i congressisti visitarono il Castello con l'annesso Museo, il Parco meraviglioso ed il piccolo e grande Trianon.

Dulcis in fundo.

I ricevimenti furono quanto di meglio la nostra fantasia possa immaginare, informati a quella squisita cortesia tutta francese che, comunque voglia giudicarsi, lascia sempre un'eco simpatica e suggestiva. I rappresentanti italiani, e specialmente il loro capo, gen. medico Della Valle, furono oggetto gradito di particolari accoglienze e di squisite gentilezze. Uno speciale ricevimento fu fatto dal Presidente della Repubblica a tutti i rappresentanti esteri trattenendo il generale Della Valle, capo delle Missioni estere, in affabile particolare colloquio e dicendo a tutti qualche parola cortese.

Particolarmente ben riusciti, e per concorso di personalità di ogni genere francesi ed internazionali, e per sontuosità di trattamento, furono gli altri svariati ricevimenti. Speciale menzione merita quello fatto nelle artistiche e grandiose sale dell'Hôtel de Ville, offerto dalla municipalità di Parigi ai congressisti e quello del prof. Vincent, presidente del Congresso, nei magnifici saloni della Sorbona, graziosamente messi a disposizione dal Rettore dell'Università.

La chiusura, come sempre, fu suggellata da uno splendido banchetto, offerto a Luna Park, dove, tra i saporosi manicaretti preparati dalla ben nota arte culinaria francese, maestra anche in questo, e lo squisito champagne nazionale, tutti i congressisti fecero vibrare le più alte note del loro *diapason* sentimentale, informato a cordialità e cameratismo internazionale. Molti i discorsi e ben intonati in tutti i ricevimenti, ma abbondarono principalmente nel banchetto finale, dove tutti inneggiarono agli ottimi organizzatori del Congresso, meravigliosamente riuscito, e all'alto significato internazionale dei Congressi di Medicina Militare.

Ora dovrei fare un cenno sull'organizzazione del Servizio sanitario francese e dell'Ospedale di Val-de-Grâce, ma credo doveroso parlarne altra volta per non abusare dei gentili lettori dopo averli, oso sperare, gradevolmente impressionati sulla magnificenza dei ricevimenti che mi auguro incoraggino i bravi colleghi italiani ad intervenire numerosi nel futuro Congresso che si terrà a Varsavia nel 1927.

22 maggio 1925.

F. CACCIA.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGGIUS (*Sassari*). — Scad. 22 giu.; L. 9500 e 3 sessenni decimo; L. 2500 cavalc.; L. 1000 arm. farm.; L. 800 uff. san.; tassa conc. L. 50.10.

ALESSANDRIA (*Egitto*). *Conseil Sanitaire Maritime et Quarantenaire d'Egypte.* — Capo del Laboratorio batteriologico di Suez; lire egiziane 1125 e bienni fino al massimo di L. E. 1310. Richiedesi esperienza effettiva sulla peste e sul colera e di aver lavorato in località ove queste malattie sono esistite. Età minima 30 a. Dopo prova favorevole proposta di stabilità a partire dal bilancio di aprile 1926; probabile diritto a pensione. Divieto di esercizio privato. Indicare le lingue che si conoscono. Per domande e informazioni rivolgersi alla Presidenza. Scad. 30 giu.

ANCONA. *Manicomio Provinciale.* — Il concorso a medico praticante interno (assegno L. 5000, vitto ed alloggio personale) è prorogato al 30 giugno. Per chiarimenti rivolgersi alla Direzione dell'Istituto.

ANTICOLI CORRADO (*Roma*). — Scad. 50 gg. dal 18 mag. Età lim. 40 a. Tassa L. 50 all'Esattore Consorziale. Condiz. capitolato sanit. approv. G. P. A. Per uff. san. L. 300; per arm. farm. L. 200; per disag. resid. L. 500. Pov. 1000. Serv. entro 20 gg. Ritrovo villeggiatura.

AVEZZANO. *Ospedale Civile dei SS. Filippo e Nicola.* — Aiuto medico-chirurgo. Scad. 15 giugno. Vedi fasc. 22.

BOLOGNA. *Deputaz. Provinciale.* — Medico dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale in Imola; età lim. 35 a.; L. 11,900 oltre supplem. serv. attivo L. 1500, c.-v., 6 aumenti periodici di un decimo; tassa L. 50. Scad. 18 giugno.

CIORLANO (*Novara*). — Al 15 giu.; L. 8000 e 5 quadrienni dec.; L. 500 uff. san. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi.

CIVITELLA S. PAOLO (*Roma*). — A tutto il 15 giu.; L. 7000 e 1° c.-v. in L. 1200; cavalc. non necessaria: non viene corrisposta indennità; tassa L. 50.10. Docum. a 2 mesi.

GROSSETO. *Congreg. di Carità.* — A tutto il 30 giu., aiuto medico e aiuto chirurgo nel R. Spedale della Misericordia. Vedi fasc. 22.

MALCESINE (*Verona*). — Sul Lago di Garda; ab. 3060. Tassa L. 50.15, al Sindaco. Stip. L. 8000; L. 700 uff. san.; L. 1200 c.-v.; L. 1600 quota integrativa, L. 1000 a 3000 trasp.; le ultime tre indennità rivedibili di anno in anno. Serv. entro 20 gg. A tutto 15 giugno.

MANCIANO (*Grosseto*). — 1ª condotta (capoluogo); L. 10,000 con dieci trienni ventesimo oltre L. 1500 assegno rivedibile; scad. 5 luglio. A domanda sarà inviato avviso integrale.

NONANTOLA (*Modena*). — Seconda condotta. Scadenza 30 giugno. Vedi fasc. 23.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Primario medico per malati di tub. polm.; L. 4000 (*sic*) annue, esclusa qualsiasi indenn. c.-v. Scad. ore 18 del 30 giu. Età massima 40 a. al 25 mag. (elevabile a 50 per primari effettivi in spedali di capoluoghi di provincia). Tassa L. 50 alla Tesoreria. Docum. a 2 mesi. Nomina e 3 conferme quinquennali. Serv. entro 15 gg. L'amministr. si riserva di dichiarare nullo il conc. qualora negli aspiranti non ravvisasse tutti gli elementi di competenza e di coltura che si ritengono indispensabili per il posto. Chiedere annunzio.

PIEVEBOVIGLIANA (*Macerata*). — Al 30 giu.; lire 9000 e 3 quadrienni dec. oltre c.-v.; indenn. trasp. (L. 2500 se cavallo o mulo, L. 1500 se motocicl., L. 500 se bicicl.; qualora i mezzi di trasporto non siano proprii, non oltre L. 1000); L. 600 uff. san. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10 al tesoriere com. Accettaz. entro 8 gg., serv. entro 30. Ab. 2134 su 2625 ha. Chiedere annunzio.

TAVENNA (*Campobasso*). — L. 6500; ab. 2090 riuniti; pov. 200. Scad. 30 giugno.

TOLLEGNO (*Biella*). — Consorzio con Pavignano; stip. L. 7000; c.-v. L. 1200; uff. san. L. 500. Scad. 25 giu. Rivolgersi alla Segreteria Comunale di Biella.

ZOGNO (*Bergamo*). — Proroga a tutto il 20 giu.

CONCORSI A PREMIO.

Premio Massalongo.

Il Comitato Veronese contro la tubercolosi, nell'intento di stimolare i giovani medici ad occuparsi seriamente dei problemi riguardanti la tubercolosi ha deliberato di istituire, anche per il 1925, il premio di L. 2000 (duemila) intitolato al nome illustre del compianto maestro Roberto Massalongo, che del Comitato Veronese fu promotore e primo benemerito Presidente.

Detto premio verrà assegnato alla migliore pubblicazione inedita di propaganda popolare sulla profilassi antitubercolare nella famiglia e nella scuola.

Potranno concorrere tutti i medici residenti nelle tre Venezie, laureati dopo il 1910.

I lavori senza firma e contrassegnati da un motto dovranno essere recapitati in busta chiusa alla Presidenza del Comitato Veronese contro la tubercolosi, Vico o Chiodo entro il 30 dicembre p. v. In altra busta chiusa contenente il nome dell'autore ed il suo preciso indirizzo dovrà essere ripetuto esternamente il motto.

Apposita Commissione nel mese di gennaio 1926 esaminerà i lavori e proclamerà il risultato.

Il Comitato si riserva la facoltà di pubblicare il lavoro premiato, oppure un riassunto, nel «Bollettino Ufficiale delle Tre Venezie».

Per regolamento, restano esclusi dal concorso coloro che hanno conseguito il premio Massalongo negli anni precedenti.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Alla cattedra di anatomia patologica presso la R. Università di Firenze, quale successore dell'illustre compianto prof. Guido Banti, quella Facoltà medica ha chiamato con voto unanime il prof. Bindo De Vecchi, il quale aveva testè vinto il concorso per la stessa cattedra a Palermo.

Per la cattedra di anatomia patologica presso l'Università di Cagliari la terna proposta dalla Facoltà risultò costituita da Parodi, Lunghetti, Soli. La Commissione stabilì la seguente graduatoria: 1° Parodi, 2° Lunghetti, 3° Soli.

Per la cattedra di anatomia patologica presso l'Università di Catania, la Facoltà aveva proposto la seguente terna: De Vecchi, Parodi, Lunghetti; che risultò in graduatoria nel modo seguente: 1° De Vecchi, 2° Parodi, 3° Lunghetti.

Il concorso di anatomia patologica per la R. Università di Bari ha dato i seguenti risultati: 1° De Vecchi, 2° Soli (2 voti), un voto a Parodi; 3° un voto a Parodi, uno a Lunghetti, uno a Zenoni.

Avendo il prof. De Vecchi optato per la cattedra di Palermo, le cattedre suddette di anatomia patologica risultano così distribuite: titolare a Palermo De Vecchi, a Catania Parodi, a Bari Soli, a Cagliari Lunghetti.

Il prof. Romanese Ruggero, di medicina legale a Bari, è trasferito a Parma.

Hanno conseguito la libera docenza i dottori: *per titoli*: Raimoldi Gustavo in urologia; *per esami*: Bozzolo Carlo in anatomia umana, Zibordi Ferruccio in clinica medica, Di Giuseppe Tito in clinica oculistica, Sciarra Olinto in patologia medica, Castellano Salvatore in traumatologia.

NOTIZIE DIVERSE.

I Congresso nazionale sulla tubercolosi.

Si è tenuto dal 15 al 28 maggio in Napoli, come avevamo annunziato. Ne daremo presto un resoconto.

Congresso internazionale medico infortunistico ad Amsterdam.

Nella Sede Centrale della Cassa Nazionale Infortuni si è adunato il Comitato Centrale di propaganda per il IV Congresso Medico Internazionale degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali che si terrà ad Amsterdam dal 7 al 12 settembre 1925.

Del Comitato fanno parte, come diretti delegati del Comitato Permanente internazionale di Amsterdam, il prof. Luigi Devoto, direttore della Clinica delle malattie del lavoro di Milano, e il prof. Gustavo Pisenti.

Presiedeva la riunione il prof. Luigi Devoto ed erano presenti il prof. Salvatore Diez, delle Ferrovie dello Stato, il comm. dott. Cesare Giannini, capo del Servizio medico della Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali, il dott. Carlo De Gregorio, delle Assicurazioni d'Italia, il prof. Vittorio Zevi, direttore del Sindacato Boschi, in rappresentanza dell'Associazione Nazionale Enti di Assicurazione Mutua, il prof. Giacinto Fornaca, consulente medico della Sede di Roma della Cassa Nazionale Infortuni, ed il prof. Aristide Ranelletti.

Il Comitato Centrale ha fissato la propria Segreteria presso la Direzione Generale della Cassa Nazionale Infortuni in Roma, Piazza Cavour 3. Sono stati presi accordi per le istruzioni da impartire ai Comitati locali di propaganda diffusi nei principali centri d'Italia, quali Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Napoli, Firenze, Padova, Palermo, Udine, Trento, perchè sia promossa la partecipazione al Congresso del maggior numero di studiosi della scienza medica infortunistica italiana che ebbe ed ha insigni maestri e gloriose tradizioni.

Saranno date prossimamente disposizioni per l'invio delle adesioni e delle quote per la partecipazione al Congresso.

Riunione della Commissione antimalarica della C. R. I.

Il 15 maggio si è riunita la Commissione Centrale antimalarica della C. R. I. Sono intervenuti l'on. prof. Marchiafava, presidente, il generale medico capo della R. Marina Cavalli Molinelli, il generale medico prof. Baduel, direttore generale della C. R. I., il comm. A. Massone in rappresentanza del Ministero dell'Interno, il magg. medico Fabrizi in rappresentanza del Ministero della Guerra, il prof. A. Dionisi, il prof. Margarucci, il prof. A. Ilvento, il dott. A. Nuvoli. Avvano scusato la loro assenza il prof. Ascoli, il prof. Trambusti.

La Commissione ha inviato un reverente saluto alla memoria dell'illustre scienziato prof. B. Grassi suo componente da poco mancato ai vivi. Ha preso conoscenza del lavoro svolto dalla Croce Rossa Italiana nella Maremma Toscana, nelle Paludi Pontine, nell'Italia Meridionale e nelle Isole e dei preventivi per i servizi in corso durante il 1925. Ha approvato le direttive tecniche seguite dal Comitato Centrale ed ha fatto voti per una larga propaganda, la quale conduca le popolazioni a dare un più ampio contributo di iniziative, di pensiero e di opere, che permetta di intensificare l'azione antimalarica, ritenendo che la sola azione degli enti centrali non possa riuscire risolutiva allo scopo se non è continuamente appoggiata dalla collaborazione attiva e cosciente delle popolazioni locali. Il prof. Dionisi ha presentato il voto, che la Commissione ha fatto suo, perchè le varie iniziative destinate a combattere la lotta antimalarica si coordinino in un piano unico ed armonico secondo le direttive che possono essere segnate dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica. La Croce Rossa Italiana potrebbe essere nell'applicazione di tali direttive l'ente che suscita e disciplina le iniziative volontarie.

Centro laziale di lotta contro il cancro.

Il Comitato direttivo del Centro Laziale di lotta contro il cancro si è riunito nella sede dell'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza Sociale sotto la presidenza del prof. Dionisi.

Erano presenti: il gr. uff. Vitetti, presidente degli Ospedali Riuniti di Roma e il dirigente dei servizi sanitari di questi, dott. Rodolfo Ugolini, il sen. prof. Pestalozza, i proff. Alessandri, Margarucci, Gallenga, Meldolesi e Levi.

Il gr. uff. Vitetti comunicò che l'amministrazione degli Ospedali Riuniti di Roma provvederà prossimamente, nell'ospedale di S. Giovanni, all'apertura di un ambulatorio che funzionerà da centro di accertamento diagnostico per i cancerosi. A questo sarà annesso un ricovero per le ammalate bisognose di cura. Il presidente prof. Dionisi espresse la più viva riconoscenza all'illustre presidente degli Ospedali Riuniti.

Inoltre è stato deliberato ufficiale ringraziamento al comm. Bioglio, che, in nome della Società Italiana del Radium, presieduta dal principe di Scalea, ha messo a disposizione del Centro Laziale, sia per le cure ambulatorie che per quelle domiciliari, i propri mezzi di cura.

Si sono infine gettate le basi per organizzare prontamente il servizio e per istituire, con opuscoli, manifesti, foglietti speciali, una intensa propaganda per richiamare l'attenzione del pubblico sopra la terribile diffusione di questo morbo e sui mezzi per combatterlo.

Il Gruppo Napoletano di Eugenica e l'educazione fisica.

Il Gruppo Napoletano di Eugenica ha tenuto tre affollatissime sedute dedicate alla Educazione fisica. Alla discussione ultima parteciparono in-

tensamente i senatori Cardarelli e Bianchi, la prof. Labriola, l'on. Capasso, i proff. Tarsia, Scuri, Patini, Sestini, il provveditore agli Studi prof. Finzi, ecc.

Fu approvato un voto del sen. Bianchi secondo il quale: « Lo Stato non può derogare da un suo preciso dovere quale è quello di organizzare la educazione fisica delle generazioni scolastiche della Nazione. Essa fa parte della igiene generale, ha e deve avere una base scientifica e non può essere sottratta alla iniziativa ed alla vigile assistenza dello Stato ».

Furono anche approvati: un voto del dott. Sestini perchè dalle scuole siano eliminati l'atletismo e i relativi attrezzi, e perchè gli esercizi ginnici, da eseguirsi prevalentemente all'aperto, siano informati ad un concetto medico igienico, e gli esercizi sportivi e specialmente atletici siano pure controllati da medici; un voto dell'on. Capasso contro le aberrazioni sportive; un voto di A. V. Russo pro refezione scolastica.

Per gli studi sulle assicurazioni.

Il Rettore dell'Università di Roma ci dà notizia della munifica donazione di L. 10,500 fatta dal gr. uff. ing. Guido Toja, presidente dell'Istituto Nazionale delle Assicurazioni, alla Università stessa, per un premio da assegnarsi al miglior lavoro che sarà presentato, entro termini da convenirsi, da un laureato in scienze fisiche e matematiche nelle Regie Università del Regno sulla Scienza attuariale.

Per moderare il prezzo dei sieri antitetanico ed antidifterico.

L'on. Insabato ha interrogato il Ministero dell'Interno perchè, in considerazione della crescente diffusione dell'uso del siero antitetanico, specialmente a scopo profilattico, e del continuo aumento del prezzo al pubblico, voglia intervenire presso l'Ente Morale, sottoposto al controllo di Stato, che in Italia ne ha quasi il monopolio della produzione, affinchè tale medicamento riesca meno oneroso ai lavoratori dei campi e delle officine, quotidianamente esposti al pericolo delle ferite per infortuni; e per invitare altresì il Ministero a dare la massima pubblità alla disposizione con la quale il Ministero della Guerra cede a prezzo di gran lunga inferiore a quello del commercio, il siero antitetanico prodotto nel Laboratorio Militare di Bologna, agli Ospedali civili, ai Comuni, alle Società di pubblica assistenza, per i feriti poveri aventi diritto alla cura sanitaria gratuita. Inoltre ha richiamato l'attenzione del Ministro sulla opportunità di arginare anche la continua ascesa del prezzo del siero antidifterico.

Conferenza.

Il prof. Attilio Cevidalli ha tenuto a Milano una conferenza sull'Eutanasia, innanzi a un denso pubblico.

Centenarî universitarî.

Nello scorso aprile è stato celebrato il tricentenario dell'Università di Leida. Dal 22 al 27 giugno verrà celebrato il 1° centenario dell'Università di Oporto.

Le giornate mediche di Parigi.

Sull'esempio di Bruxelles e di Tolosa, anche Parigi organizza le « giornate mediche », indette per la fine del mese di settembre 1926, sotto gli auspicî della « Revue Médicale Française »; il prof. Balthazard è stato designato ad adempiere le funzioni di commissario generale e il dott. Dujarric de la Rivière quelle di segretario generale.

Il curriculum medico in Germania.

In Germania è stato ritoccato il piano degli studi medici; esso comprende un corso preparatorio di quattro semestri, per gl'insegnamenti di fisica, chimica, zoologia, botanica, anatomia, fisiologia e chimica fisiologica, con esame per il passaggio al corso clinico, della durata di sei semestri, il quale comprende le cliniche, con internato obbligatorio in uno dei servizi, e i seguenti corsi obbligatori: patologia generale, anatomia patologia, anatomia topografica, farmacologia, igiene, medicina legale; superati gli esami, si richiede ancora un anno d'internato in un ospedale.

Gravissimo infortunio automobilistico.

I componenti di una Commissione inviata in Siria dalla Lega delle Nazioni per lo studio della malaria, sono rimasti vittime di un gravissimo infortunio automobilistico. Mentre scriviamo non abbiamo che notizie incomplete. Sono morti i dottori Darling e Lothjan e la segretaria Besson; è rimasto ferito il dott. Swellengrebel; il prof. D. Ottolenghi, che faceva parte della Commissione, è fortunatamente illeso.

Per onorare i grandi precursori nel campo medico.

Il prof. Cignozzi, in un articolo sulla « Riforma Medica » (1925, n. 16), esprime il voto che in avvenire le onoranze ai nostri sommi pionieri delle discipline mediche non siano più ristrette al recinto dell'Accademia o delle Università, come è accaduto fin'ora; ma che vi partecipi in forma efficiente lo Stato, elevandole a cerimonie nazionali, sull'esempio di quanto avviene in altri Paesi, onde valorizzare la nostra produzione colturale ed incoraggiarla.

Condanne di abusivi e prestanome.

Alla R. Pretura di Lucca, nell'udienza del 25 aprile 1925, furono condannati all'ammenda di L. 150 per contravvenzione all'art. 63 T. U. Leggi Sanitarie 1/8/1907, n. 636, i seguenti meccanici dentisti: Favilla Aristide, Schimer Willy Kal, Perosino Luigi, Magi Mario, Sarti Magi Enrico, Fiorini Guido, Ponticelli Giovanni, Gaddi Giacomo, Colombini Renzo, Romano Renato. E per le stesse contravvenzioni, in relazione all'art. 60 C.

P., i medici: Gattai dott. Guido, Umana dott. Silvio, Fiorini Domenico, chirurgo-dentista, Guazzelli dott. Amedeo. Furono assolti per insufficienza di prove: Torre Mirko e Pianucci dott. Dino.

Assoluzione di un alienista in Francia.

Il dott. R. Dupony di Parigi — il quale ha avuto molta parte nel movimento pro igiene mentale — è stato processato sotto l'accusa di aver fatto accogliere in una Casa di Salute per malattie generali, alcuni malati di mente, contravvenendo così alla legge francese del 1838, la quale dispone che i malati di mente devono essere ricoverati in manicomi.

Il dott. Dupony è stato assolto in quanto che — dichiara la motivazione della sentenza — la designazione di malati di mente deve riferirsi a soggetti pericolosi a sè od agli altri e che possano turbare l'ordine pubblico.

È morto a Genova il prof. COSIMO RUBINO, docente di patologia speciale medica e poi di patologia delle malattie del lavoro; fu a lungo aiuto del prof. Livierato.

Appassionato cultore della medicina sociale, ha recato notevoli contributi originali alla fisiologia del lavoro, alla selezione degli operai, alle intossicazioni professionali.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Zeitschr. f. Tuberk., feb. — S. ENGEL, G. BALSTER. Struttura organica e tuberc. infantile. — R. HUBERT. Il processo di guarigione nella tub. polm.

Radiologia Med., feb. — L. ARMANI. Invaginaz. intestin. subacuta e cronica. — G. BECCHINI. Spondiliti traumatiche.

Journ. Trop. Med. a. Hyg., 2 feb. — L. W. SAMBON, H. A. BAYLIS, K. G. BLAIR. Epidemiologia del cancro.

New York St. Journ. of Med., 30 gen. — A. J. BEDELL. I segni oculari di tumori cerebrali.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., gen. — F. L. ADAIR. Influenza della dieta sulla lattaz. — G. B. BROWN. L'eliminazione dell'eclampsia.

Minerva Med., 10 feb. — G. A. BROSSA. Labilità colloidale del siero e i nuovi metodi per la diagnosi della tbc. attiva.

Gaz. d. Hôp., 21 feb. — M. BRELET. L'eritema nodoso.

Bull. Ac. de Méd., 10 feb. — V. GILLOT. Profilassi della tosse convulsa.

Prensa Méd. Argent., 20 gen. — R. CASTEN e J. BERETEROIDE. Diabete renale.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 8 feb. — A. CERNEZZI. Come conviene operare le emorroidi.

Studium, 20 feb. — G. TEDESCHI. Diagnosi precoce della tbc. polm. — A. VASATURO. La pleurite colesterinica.

Lancet, 14 feb. — J. BARCROFT. Recenti conoscenze sulla milza.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red resp.

ANNO XXXII Roma, 15 Giugno 1925 Fasc. 24

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA
DELLA REGIA UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
Direttore: Prof. GIACINTO VIOLA.

L'estrazione frazionata del contenuto gastrico per mezzo della sonda semirigida a tempo.

FEDERICO ALZONA, libero docente.

L'antico sistema di studio del chimismo gastrico previo pasto di prova e mediante svuotamento in un tempo solo dello stomaco colla pompa gastrica sta ormai cedendo il campo a quello moderno, più scientifico, più razionale e meno brutale basato sull'estrazione frazionata del contenuto con sonda, che permane nello stomaco durante tutto il periodo del suo lavorio digestivo. Più scientifico e più razionale, perchè un'estrazione unica ci fornisce il controllo del chimismo di un momento solo delle fasi digestive, che non è detto corrisponda all'apice della curva dei valori cloro-peptici, mentre l'estrazione frazionata segue la curva nei suoi vari momenti; meno brutale, perchè tutti sanno quanto sia penosa, spesso l'introduzione del grosso tubo di tortura, il quale inoltre ha il grave inconveniente di produrre tali stimoli riflessi da alterare, nel sia pur breve tempo in cui permane nello stomaco, la quantità e la qualità del contenuto gastrico per la tumultuosa secrezione di saliva e muco.

Anche l'estrazione frazionata, tuttavia, ha i suoi inconvenienti. Primo è quello della eventuale difficoltà nella introduzione della sonda specialmente quando si pratichi il sondaggio a digiuno, per studiare la secrezione gastrica a stomaco vuoto. È noto che per l'estrazione frazionata si usa una comune sonda di Einhorn, alla sferetta della quale sono state apportate modificazioni allo scopo di renderla più adatta all'estrazione del contenuto gastrico.

Una delle modificazioni più usate è quella di Rehfuss, che ha adattato alla sonda un'oliva terminale più grande, più pesante e più ampiamente fenestrata di quella originale di Einhorn. Ora, non tutti i Paz. si adattano facilmente a deglutire volontariamente simile oliva e ognuno che abbia fatto molti esami, sa quanto sia grande in certi casi la forza di persuasione, che occorre esercitare sul malato, per indurlo a quanto si desidera, specialmente quando si tratti di malati delle classi agiate, iperestesici, insofferenti, che mal volentieri si prestano all'esame. In un ristretto numero di casi occorre rinunciare all'introduzione o rimandarla ad altro giorno, perchè coi tentativi si provoca il vomito. Nè la cocainizzazione del palato molle e del faringe giova sempre, perchè, se da

un lato sopprime il riflesso e lo stimolo al vomito, dall'altro rende assai difficili i movimenti di deglutizione. Piuttosto, in simili soggetti, conviene munire la sonda di un mandrino metallico flessibile, introdurla dopo averla così irrigidita, poi, una volta che sia in posto, estrarre il mandrino: metodo questo usato recentemente da Bondi e da Jüttes per il sondaggio duodenale. Quando si tralascia il sondaggio a digiuno prima dell'introduzione del pasto, la deglutizione della sonda riesce più facilmente perchè la si fa inghiottire insieme al liquido dello stesso pasto di prova.

Inconvenienti maggiormente degni di nota e non ovviabili sono invece quelli dovuti al permanere della sonda nello stomaco, permanenza che è principio e base del metodo stesso. La presenza di un corpo metallico nello stomaco e quella di un tubo di gomma nell'esofago costituiscono una fonte di eccitamento anormale per la secrezione gastrica, venendo lo stomaco a soggiacere a due ordini di stimoli, uno diretto, dovuto all'azione dell'oliva e del tubo di gomma sulla sua mucosa, l'altro, assai meno facilmente dimostrabile, ma in certi casi innegabile, di origine faringo-esofagea. Infatti, in certi individui la permanenza della sonda in esofago è mal tollerata e induce uno stato nauseoso che perdura durante tutta la ricerca.

E più di una volta abbiamo dovuto per questo motivo estrarre il tubo durante la ricerca perchè il contatto della gomma colla mucosa del retrobocca e della porzione iniziale dell'esofago era divenuto insopportabile al Paz. producendogli dei conati di vomito, coi quali minacciava di espellere la sonda.

Lo stimolo diretto, mentre è probabilmente nullo, o scarso, sino a quando nello stomaco esistono residui del pasto sufficientemente abbondanti, i quali impediscono il contatto diretto dell'oliva colla mucosa ed in ogni modo costituiscono uno stimolo *più adeguato*, si fa vieppiù sentire quando ogni residuo è espulso, costituendo tubo di gomma ed oliva metallica una sorta di corpo estraneo inespulsibile, su cui s'esercita il peristaltismo gastrico (come è provato dal progredire della sonda di Einhorn attraverso il piloro in duodeno).

Ora, le cose *possono* procedere diversamente a seconda dei vari tipi e delle varie sensibilità degli stomaci presi in esame.

Uno stomaco costituzionalmente ipocinetico (simpaticotonico) o tale divenuto in seguito a malattia reagirà ben diversamente da un altro la cui peristole, la cui peristalsi, il cui potere secretorio sono vivaci di natura (vagotonismo) o perchè esistono nell'organo stesso o in organi vicini (duodeno) condizioni ipercinetizzanti. Da quest'ultimo tipo di stomaco, appunto, la presenza della sonda sarà maggiormente risentita, con effetto più cospicuo sulla motilità e, ciò che a noi più importa, sul potere secretorio e sul tipo della secrezione.

A queste induzioni d'indole teorica sono giunti per via sperimentale parecchi AA. (Bondi (1), Scimone (2), Galewski (3), Leist-Weltmann (4), i quali ammettono da parte della sonda una eccitazione meccanica sulla mucosa gastrica, alcuni (Leist-Weltmann) nel senso di una produzione di succo gastrico acido (ma non per HCl libero) e apeptico, altri (Bondi) di una secrezione di succo gastrico completo, ma meno acido, tuttavia, di quello secreto durante la digestione, altri ancora (Scimone) di una secrezione equivalente, almeno come acidità, a quella dopo pasto di prova. Il Girardi (5) ha ultimamente ripresa la questione, giungendo a concludere che la sonda, introdotta a digiuno e lasciata nello stomaco, ora induce una secrezione scarsa e che dura poco (30-40 cc. in 40' a 60'), ora una secrezione più abbondante e di più lunga durata (sino a 250 cc. in 90' a 120'), ora una secrezione acida, ma apeptica.

Si deve quindi ammettere, in base al sondaggio a digiuno, che realmente la sonda eserciti una stimolazione meccanica, che però il Girardi non crede si esplichi durante il periodo digestivo, ma solo nel periodo terminale e limitatamente ai casi di ipersecrezione.

A queste conclusioni, frutto di indagini numerose ed accurate, eravamo venuti anche noi, che da parecchi anni abbiamo applicato allo studio del chimismo gastrico la sonda a permanenza tipo Rehfuss.

Le ricerche presenti ci hanno indotto, come vedremo, a modificare un poco le nostre opinioni, limitatamente almeno ad alcuni casi, a dire il vero non numerosi. In ogni modo teniamo a mettere in evidenza sin da ora il fatto che il continuare della secrezione a stomaco vuoto per la presenza della sonda avviene specialmente negli ipercloridrici e in quei pazienti che hanno già tendenza, per la loro affezione, alla ipersecrezione. Se poi si tiene conto dell'altro fatto sperimentalmente dimostrato (Scimone; Girardi), che cioè l'acidità del succo gastrico ottenuto in certi individui per la semplice presenza della sonda può essere molto alta, difficile riesce, studiando certe curve cosidette « di secrezione prolungata » stabilire quanto di questa sia attribuibile all'azione del pasto e quanto alla sonda, oppure a che punto termini l'azione dell'eccitamento alimen-

---

(1) *Arch. f. Verd. krankh.*, Bd. 19, H. 6, pag. 692.
(2) *Riv. Crit. Clin. Med.*, 1922, pag. 49-61.
(3) *Klin. Woch.*, 1922, n. 51, pag. 2515.
(4) *Wien. Arch.*, Bd. 2, H. 2, pag. 245.
(5) *Arch. Patol. e Clin. Med.*, vol. II, fasc. V, pag. 449.

tare e ove inizi quello della sonda. Logicamente questo trapasso da una eccitazione all'altra dovrebbe avvenire quando lo stomaco si è svuotato del suo contenuto alimentare e perciò il mutamento nell'aspetto e nei caratteri chimici del succo gastrico estratto — nel quale non v'è più traccia del pasto introdotto e che quindi ha i caratteri del succo puro — è certo un ottimo criterio differenziale.

Rimane sempre, tuttavia, il problema: se non possa trattarsi di una gastrosucorrea consecutiva al pasto e perfettamente, o almeno in parte, indipendente dagli stimoli portati dalla sonda.

***

In base a queste considerazioni abbiamo pensato se non convenisse, almeno in certi casi, ricorrere al sondaggio multiplo piuttosto che a quello a permanenza, oppure ad ambedue i metodi in due sedute. Il metodo del sondaggio eseguito ad intervalli di tempo uguali e stabiliti fu eseguito in passato secondo due modalità: o sondando i pazienti tutti i giorni, a distanza variabile ogni giorno da un pasto sempre uguale — metodo quanto mai incomodo, caduto in disuso — oppure nello stesso giorno, ogni 15', 30' od ogni ora, secondo il pasto usato. Pfaundler (1) praticò in questo modo ricerche anche sopra se stesso. L'estrazione veniva fatta mediante la comune sonda di Kussmaul.

Recentemente il Chiasserini (2) ha ripreso questo metodo per studiare l'estrazione frazionata, facendo anch'egli uso di una comune sonda gastrica molle, introdotta 5-6-7 volte nello spazio di circa due ore. Ma l'introduzione di una sonda siffatta riesce penosa al paziente e, inconveniente peggiore, come accennammo in principio, produce riflessi energici, d'origine anche psichica, che possono alterare la secrezione.

Abbiamo invece adottata una sonda sottile, tubulare, lunga 60 cm., del diametro esterno di circa 4 mm., munita di un foro del diametro di 2 mm., terminante in un'oliva del diametro di 5 mm., chiusa all'estremità e provvista di numerosi fori laterali di 2 mm. Essa è rigida a sufficienza (essendo costruita di tessuto gommato come i cateteri) per essere introdotta direttamente e colla massima facilità, indipendentemente dalla volontà del malato, pur tuttavia conservando un buon grado di flessibilità per adattarsi alle varie curve del percorso e raggiungere il polo caudale dello stomaco, come abbiamo potuto accertarci con controllo radiologico. Prima di introdurla è conveniente ungerla leggermente per facilitarne lo scorrimento (1).

Introdotta prima a digiuno per estrarre l'eventuale succo presente nello stomaco, viene poi estratta; si dà al paziente il pasto di prova (pasto di Ewald), poi si ripete l'introduzione ogni 30', il che è sufficiente per avere buone curve di secrezione. Anche se l'ammalato è intollerante il fastidio che gli si procura è minimo e la sua utilità si dimostra specialmente in quei casi nei quali la sonda a permanenza, oltre ad essere deglutita con grande difficoltà, provoca colla sua presenza in bocca e il suo contatto col retrobocca e il faringe un flusso salivare abbondante e uno stato nauseoso.

Nelle nostre ricerche abbiamo istituito nei medesimi pazienti prove in parallelo colla sonda a permanenza e colla sonda semirigida introdotta a tempo, ricercando il tempo di svuotamento, l'acidità gastrica totale, libera e attuale (metodo di Sahli e Wezrumba), il potere peptico (metodo dei tubi di Mett).

Si è avuto cura di introdurre le due sonde sempre alla medesima profondità per ovviare all'inconveniente eventuale dell'estrazione di contenuto gastrico di acidità diversa solo perchè estratto ad altezze diverse, fatto dovuto alla nota stratificazione nello stomaco degli ingesta, la quale, però, col pasto di Ewald da noi usato, ha poca importanza (Girardi).

Le nostre ricerche, praticate su una trentina di pazienti, sono compendiate nelle grafiche qui unite, che abbiamo scelte come le più tipiche, e si possono riassumere in breve nelle seguenti conclusioni:

1) Il tempo di svuotamento dello stomaco rispetto al pasto di prova generalmente è il medesimo sia che si adoperi la sonda a permanenza, sia quella semirigida introdotta ogni mezz'ora.

In due casi, tuttavia, mentre colla ricerca colla sonda a permanenza lo stomaco si era svuotato dopo un'ora sola dal pasto e conteneva solo un po' di succo commisto a bile, colla sonda semirigida lo svuotamento si ottenne solamente dopo *due ore*. Trattavasi di ammalati, che non erano gastropazienti, essendo l'uno affetto da sciatica, l'altro convalescente di un'affezione polmonare acuta.

Il grado di acidità e il potere peptico si dimostrarono pressochè identici e bassi coi due metodi.

---

(1) PFAUNDLER. *Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, 1900, Bd. 65, pag. 255.

(2) CHIASSERINI. *Policl.*, Sez. prat., 1921, pag. 647.

(1) La sonda ci venne costruita dalla « Fabbrica Italiana di sonde e tubi flessibili » di Somma Lombardo, che si mise gentilmente a disposizione per le nostre ricerche e che qui sentitamente ringraziamo.

La maggiore rapidità di evacuazione colla sonda a permanenza è probabilmente da mettersi in rapporto colla stimolazione della peristalsi che affretta la fine della digestione, fatto certo non frequente;

2) Rispetto all'acidità del succo gastrico dobbiamo distinguere:

AT = Acidità totale

AA = Acidità attuale

HCl = HCl libero

P.P. = potere peptico

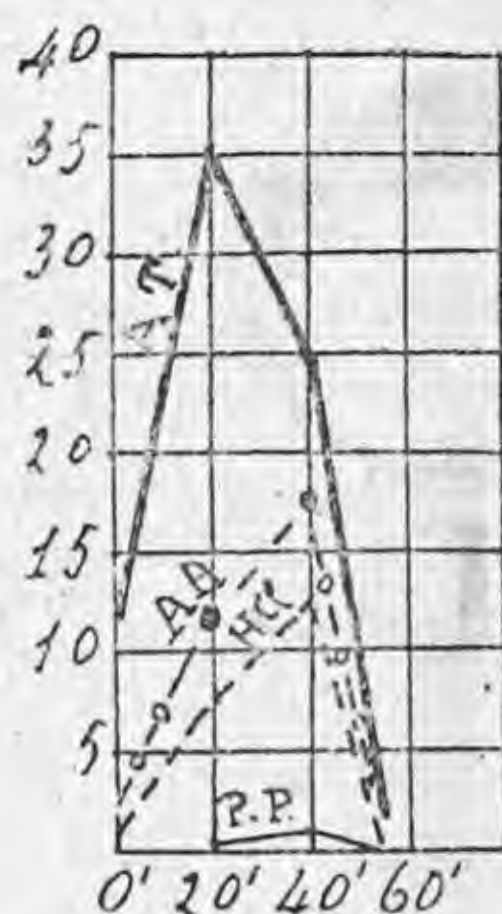



FIG. 1.
(Lo Jac. sciatica)
Sonda a permanenza.

a) casi in cui i due metodi si comportano in modo identico e cioè non è dimostrabile una particolare azione stimolante della sonda a permanenza in nessuna fase del periodo digestivo

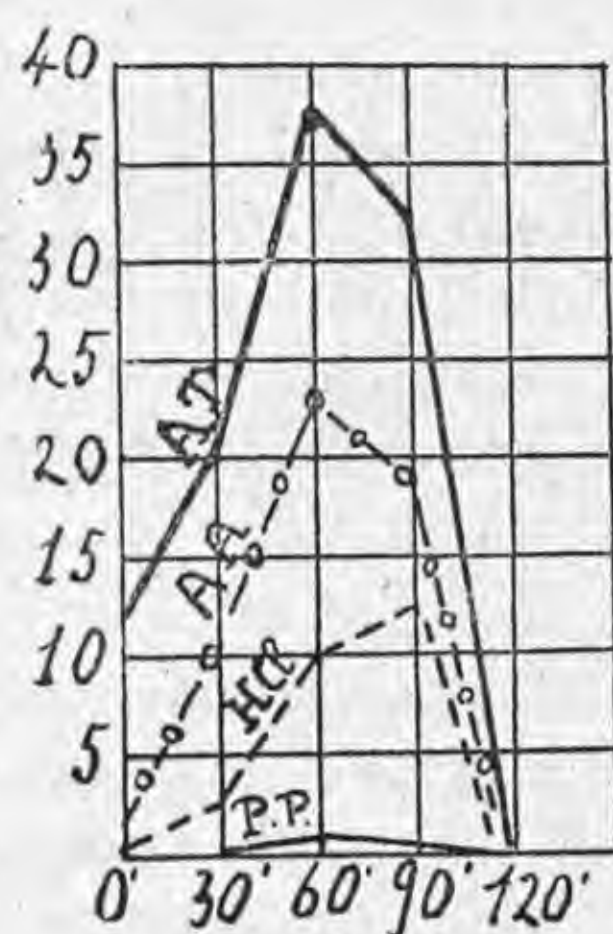



FIG. 2.
(Lo Jac. sciatica)
Sonda a tempo.

(circa nella metà dei casi presi in esame). Le tre curve di acidità a parte quelle differenze che si hanno fra esame ed esame, anche praticate collo stesso metodo, sono comparabili perfettamente;

b) casi in cui colla sonda a permanenza si hanno valori cloridrici assai più elevati che non colla sonda semirigida.

La grafica (Fig. 3), che presentiamo come tipo, fu tolta da un infermo affetto da un vasto sarcoma retroperitoneale, con stomaco indenne. Il succo gastrico estratto dopo 60' e 80' colla sonda a permanenza ha un'acidità libera più che doppia di quello estratto dopo lo stesso lasso di tempo colla sonda semirigida, mentre il tempo di svuotamento si mantiene identico per i due metodi. La prova fu ripetuta due volte e diede circa gli stessi risultati. Simile divario di comportamento fu trovato così cospicuo in due casi, mentre in altri pazienti la differenza, pur essendo apprezzabile, non era tale da doverla senz'altro imputare al diverso metodo di sondaggio, oscillando da 5 a 10 gradi per cento per le varie acidità. Come

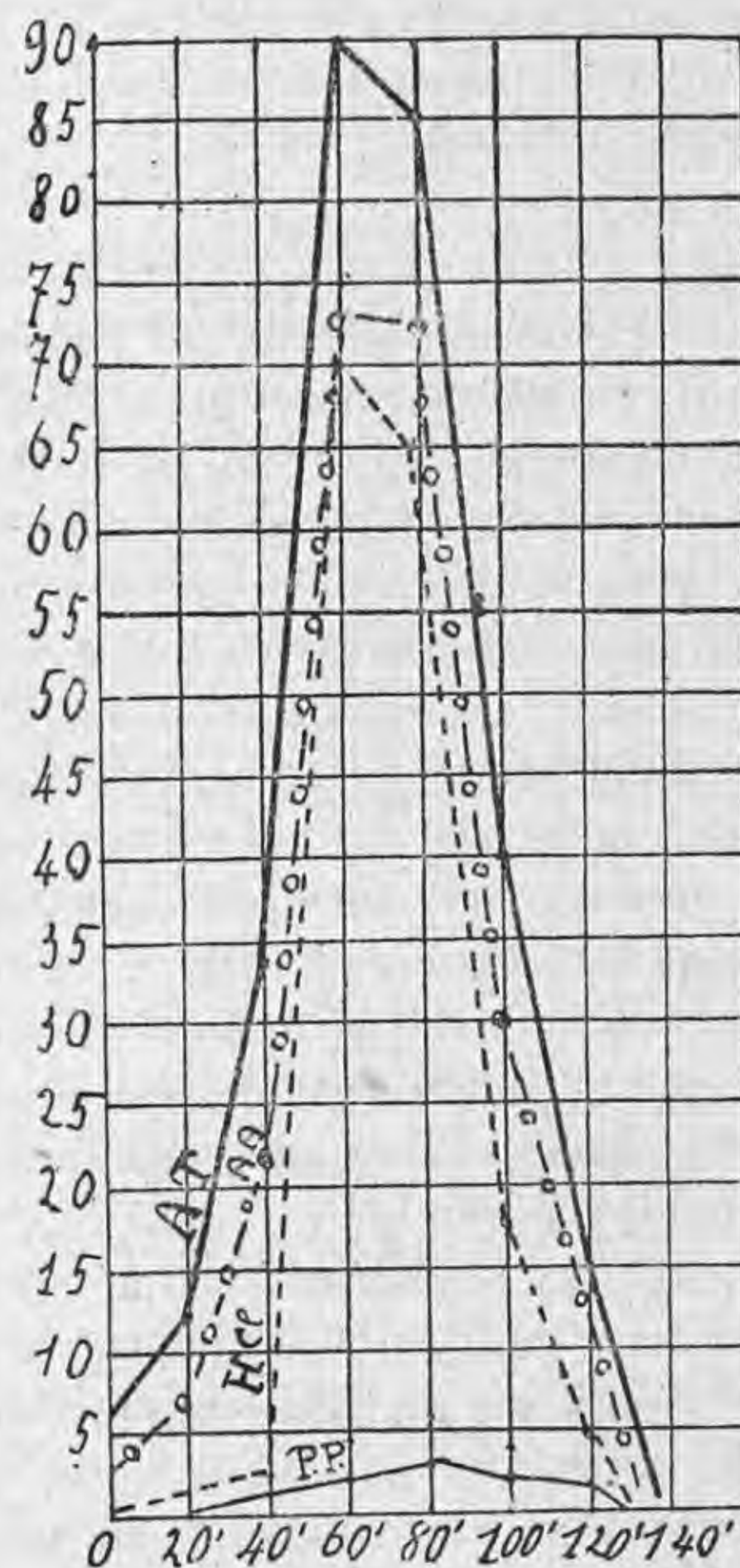



FIG. 3.
(Marches. tum. retroperit.)
Sonda a permanenza.

abbiamo accennato anche in *a*), infatti, lo stesso individuo, sondato in giorni diversi, può presentare curve di secrezione differenti, entro certi limiti, l'una dall'altra;

3) Rispetto al potere peptico, questo va generalmente di pari passo col grado di acidità. Nel caso citato in 2) *b*) l'aumento forte di acidità colla sonda a permanenza coincide con un aumento notevole anche del potere peptico. Infatti il succo gastrico nel periodo di acidità massima ha la capacità di digerire 6 mm. della colonnetta di albumina del tubo di Mett, mentre, nel periodo di acidità massima corrispondente nella ricerca fatta con la sonda semirigida, la colonna digerita è di soli 4 mm.;

4) Rispetto al potere di eccitare la secrezione gastrica a stomaco già vuoto dal pasto, l'azione della sonda a permanenza è assai sensibile in quei casi nei quali v'è, per la natura stessa dell'affezione gastrica, o puramente per ragioni costituzionali, una tendenza all'ipersecrezione e all'ipercloridria (6 casi). Lo stomaco a lavoro digestivo finito, continua a secernere a vuoto succo cloropeptico, e ciò per un certo tempo, che può essere anche notevole. Nella grafica n. 5, ottenuta colla sonda a permanenza, s'interruppe la ricerca dopo tre ore e la secrezione, sempre discretamente abbondante, accennava appena ad una diminuzione nella sua acidità, mentre in quella ottenuta colla sonda semirigida, n. 6, dopo due ore v'è un rapido abbassamento, sia nella quantità della secrezione, che nel grado della sua acidità.

FIG. 4.
(Marches. tum. retroperit.)
Sonda a tempo.

FIG. 5.
(Ald. ulc. duod.)
Sonda a permanenza.

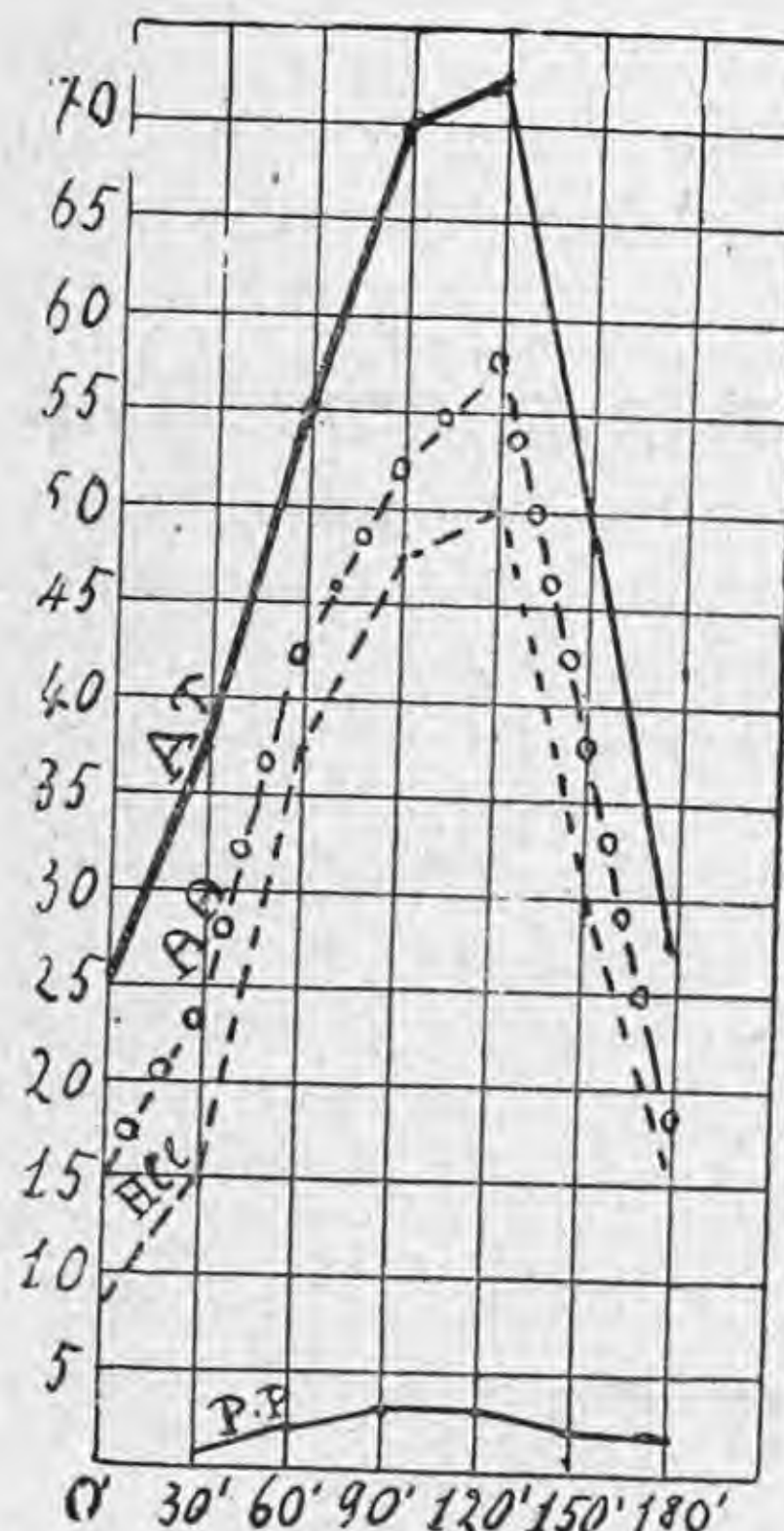



FIG. 6.
(Ald. ulc. duod.)
Sonda a tempo.

***

Ora, restando confermate le ricerche degli AA. precedenti, che ammisero un'azione stimolante della sonda gastrica a permanenza cessato il periodo digestivo propriamente detto, risulta che in qualche caso, anche durante il periodo digestivo, la sonda a permanenza può avere un'azione stimolante, la quale può manifestarsi sia coll'aumento di acidità, sia coll'accelerare lo svuotamento gastrico. Dato il tipo di sonda usato, che dà un disturbo minimo al paziente, e la distanza dei sondaggi l'uno dall'altro, non ci pare il caso di invocare, per spiegare la differenza dei risultati nel sondaggio colla sonda semirigida, una azione inibitrice sulla secrezione e sulla motilità gastrica di quest'ultima. Certo il numero dei casi studiati è ancora scarso per tirare delle conclusioni definitive; ci accontentiamo, per ora, di segnalare il fatto.

Coll'uso della sonda semirigida, introdotta a tempo, crediamo invece sia facilitata l'interpre-

tazione di certe curve di secrezione che si prolungano al di là del periodo digestivo, con o senza iperc1oridria marcata, e che si ottengono col sondaggio in parallelo per mezzo della sonda a permanenza. Nei nostri casi, e specialmente in quello di cui è unita la grafica, è netta la differenza fra i due metodi e si può quindi facilmente giudicare quanto nella curva è dovuto all'affezione gastrica in sè e per sè e quanto allo stimolo aggiunto della sonda. Il prolungamento della secrezione è presente in ambedue le curve, ma la forma di queste è assai diversa nelle due grafiche e mentre nell'una l'acidità tende a diminuire col passare del tempo, nell'altra si mantiene assai elevata anche dopo tre ore dal pasto. Ciò significa che la presenza nello stomaco di un corpo estraneo, quale può essere considerata la sonda a permanenza, costituisce ciò che si chiama uno « stimolo adeguato » perchè il lavorio in genere dello stomaco stesso continui.

Ora, pare a noi che i due metodi di sondaggio si integrino assai bene in quanto l'uno — quello della sonda semirigida — ci dà dei valori, che si avvicinano maggiormente a quelli che si debbono trovare nello stomaco non stimolato (e diciamo « s'avvicinano », perchè non ci illudiamo che ci dia i veri), l'altro ci dà dei valori-risposta a uno stimolo che, per essere percepito, necessita una eccitabilità gastrica latente, quasi un eretismo gastrico, che, constatato, rappresenta un elemento diagnostico di primo ordine. Il constatarlo, perciò, mediante il metodo della sonda a permanenza, non è una contingenza inopportuna e dannosa inerente al metodo stesso, bensì una qualità di esso, che però va conosciuta per essere valutata. E per conoscerla e valutarla si rende appunto opportuno l'esame complementare col metodo della sonda semirigida, introdotta a tempo.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. GIACOMO IN AUGUSTA IN ROMA.

La forma neoplastica della mesenterite retrattile.

ANGELO CHIASSERINI, chirurgo aiuto e docente
CESARE ANTOGNOLI, assistente.

Il caso, di cui ci occupiamo brevemente in questo lavoro, andrebbe annoverato nella rubrica dei casi « rari ed oscuri ».

Lo osservammo durante il nostro servizio nell'Ospedale di S. Giacomo in Augusta in Roma; e, fin dall'inizio, ci presentò delle difficoltà diagnostiche, che non furono risolte neppure dal reperto operatorio.

Solo esami istologici ripetuti, ed eseguiti dal prof. Dionisi, ci hanno permesso una diagnosi retrospettiva.

Si trattava di un paziente di 24 anni; D'A. O., di Sutri, celibe, ammesso nel reparto il 26 marzo 1923. Riferiva di aver goduto sempre buona salute fino al gennaio 1923. Cominciò allora ad avvertire modici dolori addominali, localizzati in corrispondenza dell'epigastrio; essi scomparvero dopo circa 20 giorni. Dopo un breve intervallo di benessere sopravvenne un senso di pesantezza epigastrica dopo i pasti, specialmente se questi erano costituiti da cibi solidi. Pare che abbia avuto anche dei conati di vomito.

Qualche giorno prima dell'ingresso in Ospedale il paziente notò che l'addome andava aumentando di volume.

È notevolmente dimagrito. Dice di urinare frequentemente. Alvo regolare. È stato modico bevitore e fumatore. Nega lues ed altre malattie veneree.

E. O. Individuo di costituzione scheletrica regolare; nutrizione molto scadente. Il decubito supino, e quello laterale destro, è poco bene tollerato. Lingua umida, patinosa. Denti sani. Faringe iperemico.

Polso 88 regolare. Temperatura ascellare 36,6. Lieve dispnea.

L'addome appare sporgente in tutti i suoi quadranti, ma specialmente in corrispondenza dell'epigastrio e ipocondrio sinistro. Cicatrice ombellicale spianata. Reticolo venoso sulla cute del fianco, ipocondrio destro e parete antero laterale destra del torace.

Le pareti addominali sono uniformemente tese, e impediscono ogni indagine sulle condizioni degli organi cavitari. La palpazione non provoca dolore. L'ottusità epatica è risalita in alto di circa due dita.

L'ipogastrio, la fossa iliaca interna, il fianco e l'ipocondrio sinistro danno suono ottuso alla percussione. L'ottusità è meno estesa a destra, nel decubito supino; essa si estende in alto sulla faccia posteriore dell'emitorace sinistro sino all'angolo inferiore della scapola. Il margine superiore della zona ottusa discende gradualmente verso la faccia laterale e anteriore dell'emitorace, per rag-

giungere il bordo costale verso la linea parasternale.

L'ottusità si sposta nettamente con i cambiamenti di posizione.

Si palpano delle ghiandole crurali un po' aumentate di volume.

Nulla a carico degli altri organi.

Con l'esame rettale si avverte che la parte più alta, raggiungibile col dito esploratore, della parete anteriore del retto sporge verso l'indietro, ed è di consistenza piuttosto **dura. La mucosa** però sembra normale.

Nelle urine si trovano **traccie di indacano**.

Cutireazione leggermente positiva dopo 24 ore.

Reazione di Wassermann-Sachs negativa.

e granuloso, che decorre parallelamente allo stomaco e al colon trasverso. Questi due organi sono fissi. Lo stomaco è molto piccolo, con pareti di consistenza e spessore variabile in tratti diversi, senza che però si riesca ad apprezzare una vera tumefazione. Tutto il tenue appare raccolto verso la linea mediana, e fissato contro la parete posteriore. Il mesentere è brevissimo (4-5 cm.) fortemente vascolarizzato; tra le maglie vasali traspare un colorito bianco grigiastro. Lo spessore del mesentere è fortemente aumentato; la sua consistenza è duro fibrosa. Anche il colon è fortemente fissato dalla retrazione dei rispettivi meso.

Dall'ipocondrio destro si estrae una formazione

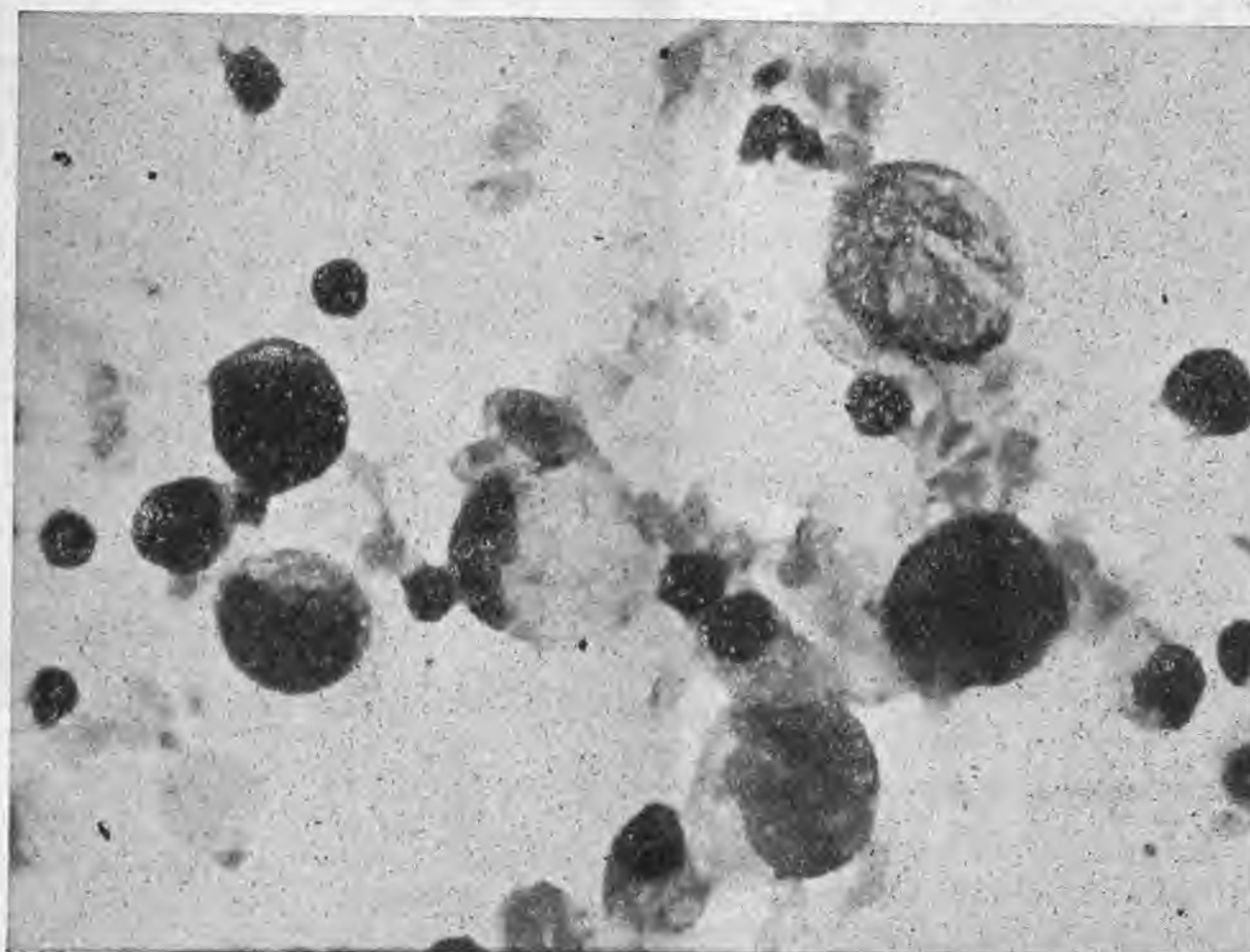



FIG. 1.

Una paracentesi praticata il 31 marzo dà esito a liquido citrino un po' torbido, che fuoriesce sotto forte pressione.

Il sedimento è costituito da numerosi elementi di varie dimensioni, alcuni come linfociti, altri con nucleo molto voluminoso e protoplasma vacuolare, altri ancora con nucleo semilunare disposto alla periferia (cellule a sigillo); e da qualche emazia. Reazione di Rivalta positiva.

L'esame radioscopico dimostra uno stomaco piccolo, con sezione pilorica destro posta, immobile, sia attivamente che passivamente, scarsamente dolente alla pressione. Lo svuotamento è rapidissimo.

Durante la degenza in Ospedale il paziente non ha mai avuto febbre.

Non si crede di poter fare una diagnosi. Si accenna alla possibilità che possa trattarsi di una peritonite tubercolare, e si decide di eseguire una laparotomia esplorativa.

Operazione. (Prof. Chiasserini) 3 aprile 1923. Cloro-etere-narcosi regolare.

Laparotomia trans-rettale sinistra. Si svuota una grande quantità di liquido citrino contenuto nella cavità addominale. La sierosa parietale e viscerale è iperemica. L'omento è ridotto ad un grosso cordone di aspetto iperemico, di consistenza dura

cistica libera grande come un arancio, di colorito biancastro, molle; la parete di questa formazione si lacera con facilità: ne fuoriesce un liquido, che ha i caratteri di quello libero nel cavo addominale.

Fegato e milza appaiono normali.

Si escidono, per farne l'esame istologico, dei frammenti di omento. Sutura della parete a strati.

Il decorso post-operatorio non presentò particolarità notevoli, se si eccettuano delle modiche elevazioni febbrili nei primi giorni ed uno stato di grave adinamia, che andò man mano attenuandosi. L'addome però tornò gradualmente a tumefarsi, e in 17ª giornata dopo l'operazione si estrassero circa 4 litri di liquido. Alcuni cmc. di questo vengono iniettati nella radice della coscia di una cavia e nel peritoneo di un'altra.

Una nuova paracentesi è praticata in 25ª giornata. Si estraggono litri 6,400 di liquido, i cui caratteri macroscopici si sono fortemente modificati, in quanto esso è di aspetto nettamente lattiginoso. Nel liquido si ritrovano molti corpuscoli di grasso. L'esame pel bacillo di Koch è negativo.

Un nuovo esame radioscopico del tubo gastroenterico dimostra, oltre i caratteri sopra descritti, che i margini dell'ombra gastrica, sia sulla

piccola curvatura, sia sulla grande, sono molto irregolari per la presenza di una profonda seghettatura. Non sono visibili onde peristaltiche, nè si osserva la formazione dell'antro pilorico. Lo svuotamento invece è molto rapido per incontinenza del piloro, che è situato posteriormente. Quando si esegue la radiografia, cioè pochi minuti dopo l'ingestione del pasto opaco, già gran parte del digiuno è ripiena di bario. Le anse del tenue appaiono distaccate le une dalle altre, mostrano scarse pliche di Keskrinie, presentano notevole irregolarità nel loro calibro.

FIG. 2.

Le condizioni del paziente si mantengono sempre gravi; lo stato di denutrizione aumenta. L'8 maggio il paziente è ricondotto a casa sua. Esso muore il 30 dello stesso mese. L'autopsia non è consentita.

Esame istologico dei frammenti di omento escissi.

L'esame di alcune sezioni dimostra lo scarso contenuto di lobuli di grasso, che sono in gran parte sostituiti da una neoformazione connettivale fibrosa, nella quale sono intercalati focolai di infiltrazione parvicellulare. Tale infiltrazione è bene evidente intorno ai vasi sanguigni. Si osservano anche in alcuni tratti capillari neoformati.

Gli infiltrati parvicellulari non sono disposti in maniera da potere assomigliare a tubercoli. Non si osservano cellule giganti del tipo Langhans, nè focolai di necrosi caseosa. Inoltre la neoformazione di capillari nei tratti di maggiore infiltrazione è tale da fare escludere la neoformazione tubercolare. Nell'infiltrato si notano talora grosse cellule, che hanno l'aspetto di endoteli rigonfi.

L'assenza di processi endoarteritici, la mancanza di ogni caratteristica negli infiltrati di formazioni gommose, permette di escludere la lues.

In altre sezioni si rinvengono, nelle fessure linfatiche, numerose cellule rotondeggianti con grosso nucleo e scarso protoplasma, alcune delle quali fatte a « sigillo ». Sono di grandezza varia; alcune riunite a gruppi di 6-7, in modo da costituire come delle formazioni tubulari. Si riscontrano inoltre delle cellule giganti con nucleo di varia forma (reniforme o con strozzamenti) e con abbondante citoplasma. Oltre queste, si notano delle cellule cubiche o cilindriche, disposte a nastri mono e bistratificati, costituendo talvolta delle formazioni sinciziali e talvolta dei veri tubuli ad epitelio cilindrico, che ricordano tubuli di adeno-carcinoma. In una stessa fessura si possono rinvenire parecchi di questi nastri e formazioni tubulari. Figure di cariocinesi in questi elementi non si rinvengono.

Prova biologica: le cavie, che erano state inoculate col liquido estratto dalla cavità peritoneale del paziente, sono uccise dopo 2 o 3 mesi rispettivamente: non presentano alcuna lesione tubercolare.

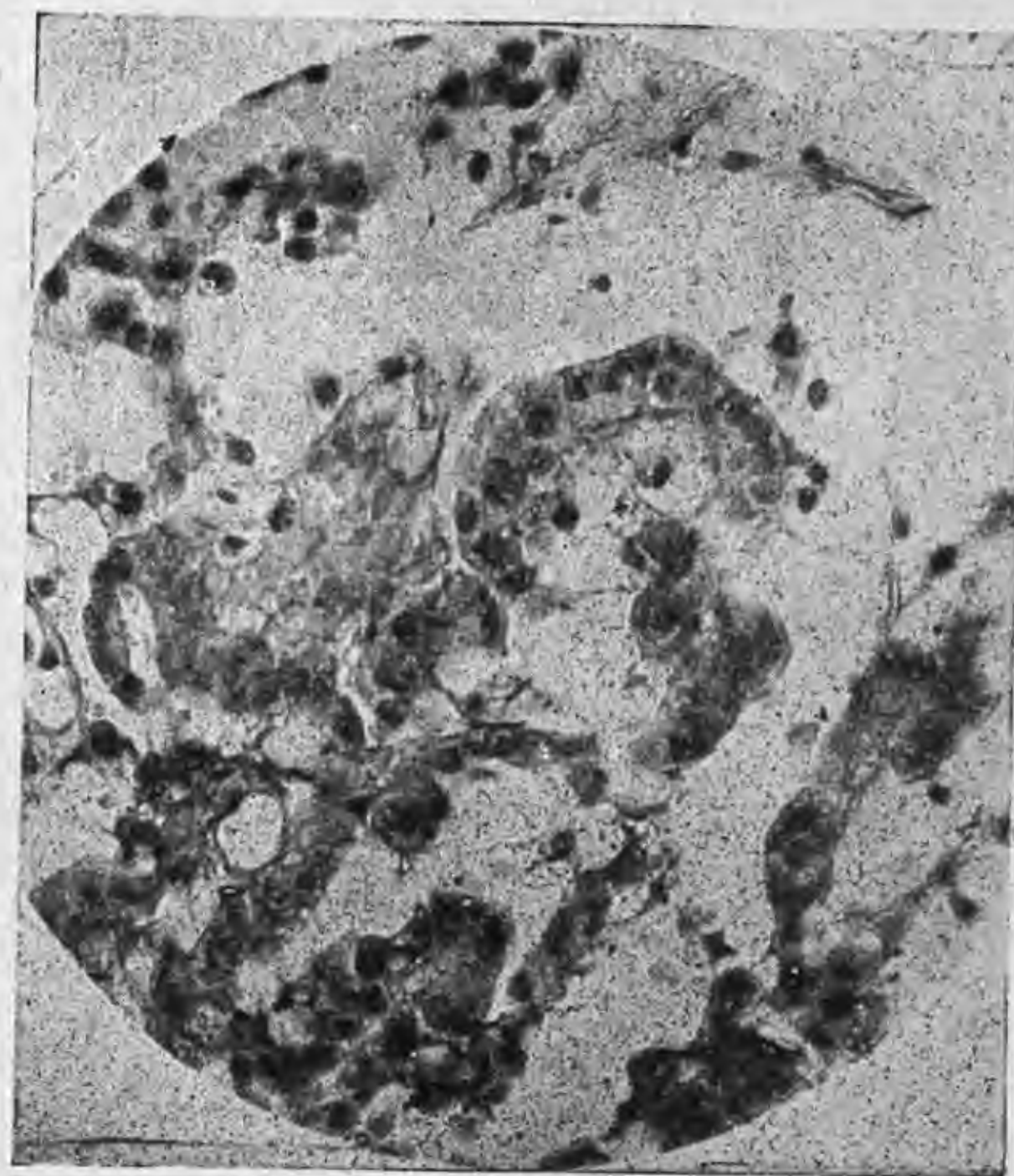



FIG. 3.

Il reperto operatorio ci aveva fatto porre la diagnosi di mesenterite retrattile. La retrazione si estendeva anche ai mesocolon e agli omenti, fornendo uno dei quadri più classici di questa malattia, di cui oggi si conoscono parecchie osservazioni.

E, come per la maggior parte di queste, anche nel nostro caso, ci sfuggiva l'agente causale.

Solo dopo esami istologici accurati e ripetuti dei frammenti di tessuto escissi fu possibile trovare la causa della retrazione e dello ispessimento del meso; chiarire il decorso rapido e non comune della malattia; nonchè il reperto dello esame radioscopico e radiografico.

Intanto l'esame istologico confermò i dati delle prove biologiche: potersi escludere cioè la sifilide e la tubercolosi.

Ma la presenza in alcune sezioni di cordoni epiteliali, alcuni dei quali contenenti grosse cellule con nucleo semilunare periferico (cellule a sigillo), rese evidente la diagnosi: si trattava cioè di una retrazione dei meso, d'origine neoplastica.

Ma dove era situato il tumore primitivo, e in qual modo la diffusione si era manifestata in modo così poco comune?

Il non aver potuto procedere ad una autopsia infirma in qualche modo le nostre affermazioni. Se noi però riandiamo all'inizio della malattia, esaminiamo il quadro radioscopico e radiografico del tubo gastro-enterico, e ci fermiamo sul reperto operatorio, potremo ottenere dati tali da farci con verosimiglianza localizzare le neoplasia iniziale nello stomaco.

La malattia si iniziò con disturbi gastrici, riferibili anche alla qualità dei cibi ingeriti; poi la sintomatologia divenne indeterminata.

L'esame radioscopico dello stomaco ci dà dei dati importanti: stomaco piccolo, fisso, destroposizione del piloro, irregolarità delle immagini della grande e piccola curvatura, incontinenza del piloro. Un simile quadro doveva certo far pensare ad una lesione gastrica: senonchè le note cliniche presentate dal paziente erano così diverse da quelle che siamo abituati a vedere in casi di epiteliomi dello stomaco, che noi interpretammo il reperto radiologico come espressione di fatti di perigastrite.

Anche la presenza delle cosidette cellule a sigillo nel liquido contenuto nel cavo peritoneale, che ci fece per un momento prospettare la eventualità di un cancro gelatinoso del peritoneo, rimase inspiegata, quando l'intervento operatorio non dimostrò a carico degli organi addominali alterazioni macroscopiche riferibili a tale lesione.

L'intervento ci permise però di constatare, oltre le alterazioni a carico dei meso, la piccolezza e la fissità dello stomaco, nonchè un ispessimento irregolare diffuso delle sue pareti.

L'intestino aveva dovunque aspetto e consistenza normali. Soltanto la sierosa parietale e viscerale appariva iperemica.

Il reperto istologico, la presenza cioè di tubuli epiteliali in alcune delle sezioni dell'omento escisso, ci facevano dare la dovuta importanza al reperto radiologico ed anatomico dello stomaco, inducendoci a localizzare in questo la lesione primitiva.

Si doveva cioè trattare di un epitelioma diffuso dello stomaco, di quella forma che molti autori identificano con la « linitis plastica ».

Senza entrare nella dibattuta questione sulla vera natura di questa entità morbosa, per la quale rinviamo alle belle monografie di Lyle e di Goldschmidt, ricordiamo che già Jonas, e recentemente Goldschmidt osservavano radiologicamente lesioni dello stomaco analoghe a quelle da noi descritte.

Per ciò che riguarda la diffusione lungo i meso e gli omenti senza che altri organi, come il fegato, siano colpiti, e senza che il processo assuma la solita forma nodulare, è probabile che si tratti di una permeazione, in parte retrograda, dei linfatici nel senso di Handley. Anche Lyle è di questa opinione.

Leggendo le osservazioni pubblicate di linitis plastica benigna e maligna, accade non raramente di notare che la diagnosi fatta era stata quella di peritonite cronica o di peritonite tubercolare. E, all'operazione, e all'autopsia, è menzionata l'ascite, l'ispessimento e la retrazione dei meso. Tali sono le osservazioni di Wilks, Sury, Henrot, Hanot e Gombault, Kalhden, Krompecher, ecc.

Carnot e Baufle parlano di « cancer en jante de l'attache mésentéro intestinal » e Bensaude e Okynczic pensano che il tumore primitivo sia a carico dello stomaco, e sotto forma di linitis plastica. Una opinione analoga era stata già espressa da Letulle.

E che in questa affezione si possa avere una tendenza alla trasformazione in cancro colloide, come è indicato nel nostro caso dalla presenza di cellule a sigillo, sia nel liquido ascitico, sia nelle sezioni dell'omento, è confermato anche dalla recente osservazione di Goldschmidt.

Il decorso così rapido della malattia nel nostro caso va certamente messo in rapporto con l'infiltrazione diffusa dei meso e degli omenti, e conseguente compressione di quasi tutto il territorio vascolare della porta.

*
* *

Noi abbiamo intitolato questa breve memoria non col nome della vera affezione causale: « linitis plastica, o cancro diffuso dello stomaco con tendenza alla trasformazione gelatinosa »; ma con quello di « mesenterite retrattile a tipo neoplastico »: in quanto è stata la retrazione dei meso quella che ha dominato la sintomatologia e il decorso della malattia.

E crediamo che nei casi di retrazione del mesentere di origine sconosciuta, debba essere tenuta in considerazione la possibilità che retrazione e ispessimento siano consecutivi a quelle alterazioni dello stomaco che vanno sotto il nome di « linitis plastica ».

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA.

BENSAUDE e OKYNCZIC. *Okynczic « Cancer de l'intestin »*. Doin. Paris, 1923.
CARNOT e BAUFLE. Soc. méd. des hôpit., 1911.
GOLDSCHMIDT. Arch. f. kl. Chir., B. CXX, Hft 3, 1922.
HANOT e GOMBAULT. Arch. génér. de physiol., 1882, cit. da LYLE.
HENROT. Gaz. des Hôpit., 1878, cit. da LYLE.
JONAS. Wien. m. Wochenschr., 1909.
KAHLDEN. Zentrabbl. f. kl. méd., 1887, cit. da LYLE.
KROMPECHER. Ziegl. Beitr., 1910.
LETULLE. cit. da Okyncizic.
LYLE. Annals of Surg., 1911.
SURY. Arch. f. Verdanungskrank., 1907, cit. da ASCHOFF e da LYLE.
WILKS. Cit. da LYLE.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE INFANTILE « CESARE ARRIGO » - ALESSANDRIA.

Un esperimento di vaccinoprofilassi antiscarlattinosa in un ospedale infantile (*)

per il dott. GIOVANNI DE TONI
primario pediatra e direttore.

Le recenti ricerche di Di Cristina, di Caronia e Sindoni e dei loro allievi sulla etiologia della scarlattina, hanno certamente un grandissimo valore scientifico, poichè esse offrono finalmente la soluzione di un problema che ha affaticato a lungo gli scienziati; ma ancora più grande è il loro interesse pratico e sociale, poichè esse ci mostrano la possibilità di esercitare efficacemente la vaccinoprofilassi di questa temibile malattia.

Si era già tentato invero, in passato, di ottenere una vaccinazione contro la scarlattina, utilizzando a questo scopo le squame degli scarlattinosi. Queste prove avevano avuto il loro punto di partenza dalla nozione della contagiosità delle squame, già stabilita dalla clinica, ed in causa della quale si poteva pensare con ragionevolezza ch'esse dovevano con ogni verosimiglianza contenere il germe sconosciuto della scarlattina. Questa nozione clinica ebbe una nuova conferma scientifica quando Caronia (*Pathologica*, 1914, n. 27), dimostrò che il siero degli scarlattinosi devia il complemento in presenza di un antigene di squame scarlattinose.

Le esperienze di vaccinazione sono state riprese otto anni or sono da Di Cristina (*Pediatria*, 1916, n. 7); questo autore riuscì a preservare dei bambini esposti al contagio scarlattinoso, grazie alla iniezione di un vaccino preparato mettendo del siero di convalescenti a contatto con delle squame scarlattinose. Questo vaccino, come ben si comprende, non poteva essere preparato che in quantità molto limitate, ma contuttociò questi esperimenti poterono essere controllati e confermati da Caronia (*Pediatria*, 1918, pag. 406) e da Spolverini (*Policlinico*, Sez. prat., 1919).

In seguito il metodo fu modificato e perfezionato dal suo autore, che si preoccupava di applicarlo su più larga scala. Fu così che Di Cristina e Pastore (*Pediatria*, 1919) poterono preparare un vaccino di pari attività, ottenuto in un modo più semplice: immunizzando dei cavalli con le squame scarlattinose, il siero di questi si rivelava un ottimo vaccino. Ma era pur tuttavia difficile di procurarsi delle squame in quantità sempre corrispondente al fabbisogno.

(*) Comunicazione presentata alla Società di Pediatria di Parigi (17 febbraio 1925).

La tecnica della vaccinazione antiscarlattinosa potè uscire dalla sua fase empirica soltanto con la scoperta del germe specifico, per opera di Di Cristina. Io non parlerò di questa scoperta, per le particolarità della quale rimando ai lavori del predetto autore (*Pediatria*, 1921, n. 24), di Caronia e Sindoni (*Pediatria*, 1923, n. 14) e dei numerosi autori che si sono occupati dell'argomento (per la bibliografia, vedi: Pollitzer. *Presse médicale*, 1924, p. 1034); mi limiterò soltanto a parlare delle ricerche immunitarie, che fecero seguito quasi immediatamente a quelle batteriologiche. Due anni or sono, il Di Cristina (*Pediatria*, 1923, p. 1), per il primo, riuscì a preservare dal contagio dei bambini sani, iniettando loro delle culture uccise del germe da lui scoperto, e lasciandoli poi in contatto con degli scarlattinosi. A queste ricerche praticate sia nella Clinica pediatrica di Palermo, che in asili ed istituti privati, che infine in clientela, fecero seguito quelle pure assai ben documentate, dovute a Caronia e Sindoni (loc. cit.), ed a Sindoni (*Pediatria*, 1924, p. 241), che dimostrarono ugualmente l'azione profilattica potente e sicura della vaccinazione antiscarlattinosa, e la sua assoluta innocuità.

Queste ricerche fondamentali ricevettero in seguito numerose conferme, specialmente in Italia (Piattelli: *Policlinico*, Sez. prat., 1924, p. 586; Bova: *Rinasc. Medica*, 1924, p. 403; Romano: *Rinasc. Medica*, 1924, p. 449; Rottini: *Pediatria*, 1924, p. 1320), ma anche all'estero, per esempio in Francia (Boisserie-Lacroix: *L'art médical*, 1924, n. 6) e in Ungheria (Jakobovics: *Orvosi Hetilap.*, 11 maggio 1924).

Certamente queste prove si moltiplicheranno sempre su più vasta scala, poichè senza dubbio alcuno, l'argomento è troppo interessante ed appassionante, perchè i pediatri non gli accordino tutta la loro attenzione. Infatti quando si apprende che Di Cristina a Palermo e Caronia a Roma hanno abolito l'isolamento per i malati scarlattinosi, ch'essi accolgono nelle sale dove son ricoverati altri malati, limitandosi a vaccinare questi contro la scarlattina; quando si legge che Rottini a Trieste potè arrestare nettamente e rapidamente una grave epidemia di scarlattina in una scuola frequentata da 703 allievi, col solo mezzo della vaccinazione; quando si conosce tutto ciò, non si può rinchiudersi in uno sterile ed ostinato scetticismo, e si deve all'incontro desiderare, di acquistare sull'argomento una esperienza personale.

Non credo perciò inutile di render noti i risultati della vaccinoprofilassi antiscarlattinosa, che ho potuto praticare in questi giorni nel mio ospedale.

Or è un mese e mezzo, scoppiò improvvisa-

mente un caso di scarlattina in una delle stanze riservate alle malattie comuni; il paziente era ricoverato già da tempo, in causa di una frattura. In quel momento non vi erano in ospedale degli scarlattinosi, salvo una bambina affetta da nefrite postscarlattinosa; questa bambina aveva il suo letto in una stanza lontana da quella dove scoppiò l'infezione, perciò probabilmente questa era di origine esterna. In effetto c'erano in città dei casi di scarlattina, e noi apprendemmo in seguito che uno tra i visitatori (che sono la piaga abituale ed inevitabile degli ospedali infantili) aveva a casa sua due bambini malati di scarlattina.

Dirò subito che nel nostro ragazzo la scarlattina ebbe un decorso regolare, e di mediocre intensità; accanto agli altri sintomi, noi abbiamo osservato la disepitelizzazione della lingua, con tipico aspetto a lampone, e in seguito la caratteristica desquamazione della cute.

Non appena posta la diagnosi di scarlattina, io passai il malato in una camera di isolamento, ma in luogo d'isolare anche gli altri malati ricoverati nella stanza, mi rivolsi d'urgenza al prof. Caronia, a Roma, pregandolo d'inviarmi del vaccino. Esso mi fu subito inviato, e così, grazie alla liberalità ed alla prontezza del prof. Caronia, che ringrazio quì pubblicamente, erano appena trascorsi due giorni e mezzo dal principio dell'esantema nel mio malato, che io potevo già praticare la prima iniezione di vaccino ai 31 bambini ricoverati nel riparto. Non vaccinai i bambini del reparto dei cronici e dei convalescenti, poichè questo ha sede in un altro piano dello stabile, ed è munito di un personale di assistenza completamente indipendente.

Dopo la prima vaccinazione, per controllarne ancor più sicuramente l'efficacia, tolsi dall'isolamento il bambino scarlattinoso, rimettendolo al posto da lui precedentemente occupato.

Le due altre vaccinazioni si seguirono a giorni alterni, e vaccinai parimente i bambini che furono portati all'ospedale nelle settimane successive.

In totale la vaccinazione fu praticata a 41 bambini; l'uno d'essi, come seppi in seguito, aveva già sofferto la scarlattina in passato, per altri due bambini esisteva il sospetto che ciò fosse pure avvenuto; ma li vaccinai ugualmente ben sapendo che la gente incolta confonde molto spesso tra di loro i varii esantemi dell'infanzia.

L'iniezione del vaccino non ha mai dato luogo a conseguenze spiacevoli, anche se praticata a bambini gravemente malati e molto debilitati. A titolo d'esempio, dirò che noi avevamo allora in ospedale: un bambino con un tifo eberthiano abbastanza grave; una bambina soltanto da tre giorni apiretica dopo una grave e prolungata ricaduta di un tifo eberthiano, già di per sè a decorso grave; una endocardite mitroaortica acuta; quattro piccole tubercolotiche in corso di pneumotorace terapeutico; tre broncopolmoniti influenzali, dei pertossici, ecc. Contuttociò, come ho detto, la vaccinazione non diede alcuna reazione locale nè generale; non ho neppure notato quei leggeri rialzi termici, che sono stati osservati spesso dagli autori che hanno pratica di vaccinazioni antiscarlattinose. In un solo malato, ed appunto nel vicino di letto del bambino scarlattinoso, osservai nove giorni dopo la prima iniezione del vaccino, un esantema scarlattiniforme molto attenuato e limitato al viso, con sensazione di prurito alle fauci, che erano rosse e con un essudato opalino appena percettibile sulle amigdale; tutto ciò senza febbre. Io mi limito a segnalare questo fatto, rinunziando però ad interpretarlo.

Attualmente sei settimane sono trascorse dal momento della comparsa della scarlattina nel mio reparto, ed io non ho osservato alcun nuovo caso della malattia. Si potrà obiettare che le mie prove di vaccinoprofilassi non sono abbastanza probative, perchè io non ho dei bambini non vaccinati, che possano servirmi da controllo; ciò è vero, ma io confesso che temo troppo la scarlattina e le sue complicanze, ed ho voluto proteggere dal pericolo tutti i bambini che ad esso si trovavano esposti. D'altronde ben si conoscono le stragi che fa la scarlattina, quando essa penetra in un ambiente ospedaliero, dove essa abitualmente colpisce i bambini con una proporzione del 30-40 %. Ora, non avendo io osservato alcun caso di questa infezione, mi sembra che questo risultato sia già di per se stesso molto soddisfacente e probativo.

Evidentemente è necessario che delle prove di questo genere siano ritentate su sempre più larga misura e sopratutto in differenti condizioni di tempo, di luogo e di genio epidemico. Soltanto allora, come dice Di Cristina, sarà possibile di formulare un giudizio definitivo sull'entità di questo nuovo germe, e sull'attività del vaccino da esso ottenuto. Ma già fin d'ora vi è una messe di fatti seriamente raccolti e ben documentati il cui risultato è unanimemente favorevole, cosicchè noi possiamo avere una confidenza ben legittima su questa nuova acquisizione della terapia medica (1).

Alessandria, febbraio 1925.

---

(1) Non mi è possibile dir nulla di preciso sulla durata dell'immunità conferita dal vaccino antiscarlattinoso. A titolo di prova, due mesi dopo terminate le iniezioni, ho praticato l'intradermoreazione sia con la tossina scarlattinosa che con la stessa tossina riscaldata (pure gentilmente favoritemi dal prof. Caronia), in undici tra i bambini vaccinati, ancora degenti in ospedale. Quattro apparvero recettivi; gli altri sette ed il bambino che aveva superato la scarlattina nell'ospedale presentarono reazione negativa.

SUNTI E RASSEGNE.

SIFILOGRAFIA.

Il sifiloma delle gengive.

(LORTAT, JACOB e ROBERTI. *La Presse médicale*, 22 aprile 1925).

Il sifiloma delle gengive, ormai ben noto e magistralmente descritto dal Fournier, può tuttavia dar luogo ad errori di diagnosi tali da causare un dannoso ritardo all'inizio della cura dopo aver fatto percorrere ai pazienti una lunga « via crucis » in numerosi gabinetti di dentisti e di chirurgi.

Tale è infatti la storia che riferiscono gli AA. di due pazienti con sifiloma classico della gengiva, nei quali la esatta diagnosi fu fatta solo al comparire delle manifestazioni secondarie dopo numerose radiografie dell'arcata dentaria ed inutili consulti presso dentisti ed otorinolaringojatri.

Non sarà dunque inutile ricordare i caratteri clinici di tale lesione.

Il sifiloma delle gengive si rinviene per lo più al livello degli incisivi e dei canini, sul colletto del dente, eccezionalmente sul corpo del mascellare, con sede abituale sulla faccia esterna della gengiva.

Ve ne possono essere due varietà:

1) Nella forma normale è una erosione, non una ulcerazione; è senza margini evidenti, regolarmente orbicolare, con la superficie uniforme, liscia, lucente, di colorito rosso cupo come la carne muscolare; è grande, per lo più, come l'unghia di un dito mignolo, spesso anche più piccola.

Non rivela la sua presenza che per un lieve fastidio nella masticazione.

Non è possibile percepirne la durezza per i piani duri sui quali è posato.

Esiste sempre adenopatia satellite: le glandole sotto-mascellari ed anche le sotto-angolo mascellari sono voluminose, dure, indolori e qualche volta possono assumere il tipo infiammatorio. Possono nello stesso tempo presentarsi glandole sotto-mentoniere e preauricolari.

Nella forma anormale invece il sifiloma della gengiva è simile a tutte le ulcerazioni ed erosioni banali della bocca; può mancare anche la tipica colorazione rosso carminio che qualche volta è l'unica alterazione rilevabile sulla mucosa e che permette da sola di porre la diagnosi di sifiloma.

La diagnosi, specialmente nelle forme anormali, può essere molto difficile soprattutto per altre lesioni preesistenti della bocca e dei denti le quali possono mascherare la sifilosclerosi.

Si tenga presente in ogni modo, per la diagnosi differenziale, che le gengiviti non sono così ben localizzate e non presentano contorni così netti e geometrici; le afte sono piccole ulcerazioni molto dolorose e con i margini infiammati; l'ulcerazione t.b.c. si presenta con margini meno regolari e meno circolari, è più giallastra ed assai dolorosa ed in essa la presenza di adenopatie può essere una coincidenza, ma non è la regola; le gomme sono ulcerazioni rotonde, profonde, con i margini tagliati a picco; i neoplasmi non hanno la regolarità del sifiloma nè il color rosso vivo, l'aspetto uniforme ed i margini evidenti.

I mezzi di laboratorio per la conferma della diagnosi sono, al solito, la ricerca del treponema all'ultra-microscopio e la reazione di Bordet-Wassermann: il primo di questi metodi, che permette una diagnosi e di conseguenza una cura assai precoce, deve essere affidato a chi abbia grande pratica di tali ricerche, perchè, specialmente nella bocca, ricca di varie specie di spirilli, l'interpretazione può essere talvolta assai difficile. Dopo il ventesimo giorno circa dall'inizio della lesione può essere di grande aiuto nella diagnosi la R. W.

Il sifiloma della gengiva non presenta nulla di speciale dal punto di vista dell'evoluzione: solo eccezionalmente può divenire fagedenico.

Molto discusso è il meccanismo etiologico di questi sifilomi nel senso che possono essere talvolta di origine puramente accidentale e tra questi ultimi senza dubbio i più frequenti sono dovuti a strumenti non ben disinfettati

Come frequenza il sifiloma della gengiva è raro, ma ciò non deve far dimenticare che esiste ed in ogni modo è necessario pensarci sempre nelle lesioni dubbie delle gengive.

La cura non presenta naturalmente nulla di speciale; sembra che in alcuni casi possa riuscire utile prendere per bocca delle compresse di uno dei derivati dell'acido ossiaminofenil-arsenico.

In conclusione ogni erosione boccale deve, come ogni erosione genitale, essere diagnosticata in maniera sicura e per questo molto può giovare l'uso dell'ultra-microscopio: in ogni modo medici, stomatologi e dentisti devono ben conoscere questa localizzazione del sifiloma e guardarsi da errori diagnostici, pericolosi non meno per l'infermo che per le persone che lo avvicinano.

V. MONTESANO

La reazione del benzoino colloidale applicata allo studio del siero sifilitico.

(A. STAROBINSKY. *La Presse médicale*, 14 marzo 1925).

La reazione del benzoino colloidale applicata al liquido cefalo-rachidiano ha avuto un ben meritato successo mentre tutti i tentativi per praticarla anche nei sieri sifilitici erano riusciti finora negativi. Dal marzo 1924 però l'A. è riuscito a realizzare anche questa reazione e la pratica correntemente nella clinica dermosifilopatica di Ginevra sul siero dei malati sifilitici.

Preparazione dell'antigene. — Una parte di un cuore di cavallo, allo stato fresco, è accuratamente sgrassata e sbarazzata del suo tessuto congiuntivo in modo da conservare solo il tessuto muscolare dell'organo che viene poi ridotto in fine polpa. Tale polpa, distesa su lastre di vetro, viene esposta all'aria fino a completa essiccazione, prima alla temperatura di laboratorio e poi in stufa a 37°.

La polpa muscolare, così essicata, è ridotta in polvere in un mortaio.

A una parte di tale polvere muscolare si aggiungono cinque parti di etere e si protrae l'estrazione per 48 ore. Dopo si filtra l'estratto etereo e si asciuga il filtrato alla stufa a 37° fino a disparizione completa dell'odore di etere.

Il filtrato disseccato è addizionato con alcool assoluto nella proporzione di 1 a 9. Si lascia il tutto in stufa per tre giorni e si filtra. Il liquido così ottenuto costituisce la soluzione madre dell'antigene.

A due parti dell'antigene-madre, si aggiungono tre parti di alcool assoluto e 16 % di una soluzione al 10 % di balsamo di benzoino. L'A. usa la seguente soluzione:

10 cmc. della soluzione-madre di antigene.

15 cmc. di alcool assoluto.

4 cmc. di una soluzione 10 % di balsamo di benzoino.

Si ha così l'antigene pronto per essere diluito. È necessario che sia del tutto trasparente e chiaro.

Tecnica della reazione. — A 0.4 cmc. di siero inattivato per trenta minuti a 56° si aggiunge 1 cmc. della diluizione dell'antigene che si prepara nel modo seguente: a 1 cmc. di antigene si aggiungono 10 cmc. di una soluzione al 3 % di cloruro di sodio. L'antigene, la soluzione di cloruro di sodio e le pipette debbono essere riscaldate a 45°. Si agitano fortemente i tubi della reazione e si mettono in stufa per 2-3 ore, ma ciò non è assolutamente necessario.

Differenza tra la reazione di Meinicke e la reazione del benzoino colloidale. — Le differenze tra le due reazioni sono molteplici: da prima, l'estrazione coll'etere della polvere di cuore di bue è prolungata; la quantità di benzoino aggiunta è superiore a quella del balsamo del Tolù.

Ne risulta che la diluizione di questo antigene ci dà una emulsione spessa di color bianco latte mentre che nella reazione di Meinicke l'antigene diluito è completamente trasparente, un po' opalescente.

La reazione del benzoino colloidale si dimostra in alcuni casi più sensibile della reazione di Meinicke.

Lettura dei risultati. — Quando la reazione è fortemente positiva si constata dopo un quarto d'ora l'opacamento del tubo della reazione. A l'ultra-microscopio si può vedere la presenza dei floculi.

Qualche ora dopo, si forma un abbondante deposito in fondo al tubo. La lettura dei risultati deve esser fatta dopo 24-48 ore di soggiorno alla temperatura del laboratorio. L'abbondanza del deposito varia secondo l'intensità della reazione.

La lettura dei risultati è assai facile, più di tutte le altre reazioni di flocculazione.

La concordanza con la reazione di B. W. è del 93.7 % dei casi e la discordanza è del 6.3 %.

Su 84 sieri di malati senza sintomi di sifilide ereditaria o latente, la reazione del benzoino colloidale è stata sempre negativa. Può dunque essere considerata come specifica.

Se esaminiamo le discordanze, si vede, che la reazione del benzoino colloidale si è mostrata in genere più sensibile della reazione di deviazione del complemento, sopratutto nella sifilide latente.

In 7 malati sospetti di sifilide e dei quali la reazione di B. W. era negativa, la reazione del benzoino colloidale è stata del tutto positiva. Si omettono per brevità le storie cliniche di questi malati.

Valore comparativo della reazione del benzoino colloidale con la reazione B. W. — Tra tutte le reazioni di flocculazione, quella del benzoino colloidale presenta i maggiori vantaggi per la semplicità dell'esecuzione, per la sensibilità, per la specificità e per la facilità della lettura dei risultati che si presta raramente a dubbi.

Tuttavia, nonostante tutti i suoi vantaggi, la reazione del benzoino colloidale non può sostituire la reazione di Bordet-Wassermann che resta la guida più sicura per il sifilografo. Quando si pratica questa reazione contemporaneamente a quella di B. W. si ottengono i migliori risultati, sia dal punto di vista del numero delle reazioni positive, sia dal punto di vista della certezza della specificità delle reazioni. Del resto è necessario mantenere sempre intimi contatti con la clinica.

L'anamnesi profonda del malato, il suo esame completo dal punto di vista dei sintomi clinici sono la base di ogni studio sulla sifilide. Le reazioni sierologiche non sono che un complemento di certezza diagnostica, ma non hanno di per se stesse valore assoluto.

Valore pratico della reazione del benzoino colloidale. — Dal punto di vista pratico la reazione del benzoino colloidale controlla e completa la reazione B. W.

In medicina coloniale o marittima la reazione del benzoino colloidale sarà assai utile per mettere in evidenza casi di sifilide latente o ignorata.

La reazione del benzoino colloidale può essere facilmente praticata. Il medico coloniale potrà ricevere l'antigene già pronto da un grande laboratorio.

L'inattivazione dei sieri a 56° non presenta nessuna difficoltà. Non è assolutamente necessario che i tubi restino in stufa.

V. MONTESANO.

Problemi di sifiloterapia.

(L. HAUCK. *M. m. Woch.*, 8 agosto 1924).

L'A. tratta dapprima della terapia della sifilide in genere con i mezzi specifici oggi impiegati: derivati salvarsanici, mercurio, bismuto, iodio; poscia si diffonde in particolare sui recenti metodi di cura aspecifici nella sifilide del sistema nervoso.

Certamente il tempo non ha in tutto realizzato le speranze riposte da Ehrlich e da un gran numero di medici sul salvarsan; e, come spesso avviene, all'ottimismo, forse eccessivo, col quale in un primo periodo venne accolto il rimedio, subentrò già in non pochi un eguale scetticismo. Oggi però può dirsi che l'esperienza vastissima di 14 anni abbia oramai garantito al salvarsan il suo posto fra i farmaci più preziosi nella cura della sifilide. Posto eminentissimo dovuto soprattutto alle sue proprietà spirocheticide capaci di far scomparire rapidamente le spirochete dai focolai morbosi, diminuendo così grandemente i pericoli del contagio. Sotto tale riguardo anche con i mercuriali e i bismutici più attivi i risultati raggiungibili rimangono di gran lunga inferiori.

Peraltro non regna ancora perfetto accordo circa il modo di agire nella sifilide dei derivati salvarsanici e degli altri antisifilitici. Si ammetteva infatti che il salvarsan esplicasse la sua azione danneggiando ed uccidendo direttamente le spirochete, mentre il mercurio e il bismuto agissero indirettamente esercitando la loro influenza sull'agente della sifilide attraverso speciali modificazioni prodotte nelle cellule dei tessuti. Oggidì l'A. ritiene invece che anche per il salvarsan debba essere ammessa un'azione indiretta. Mercurio, bismuto e salvarsan avrebbero così in comune (almeno in gran parte) il loro modo di agire: da un lato in base ai loro componenti chimici, in certo qual modo specifici, dall'altro, aspecificamente, in base alle modificazioni da essi determinate nelle sostanze organiche dei tessuti. In particolar modo l'azione del salvarsan andrebbe interpretata quale un effetto stimolante sulle cellule, dal quale, per via indiretta, risulterebbe l'influenza dannosa sulle spirochete.

Naturalmente, ammessa pure un'azione terapeutica del tutto simile comune a salvarsan, mercurio e bismuto, esistono tuttavia differenze nell'intensità d'azione dei singoli medicamenti. Arsenico, mercurio e bismuto in sifiloterapia vanno ad ogni modo considerati quali rimedi preziosi, nè alcuno di essi può essere ritenuto superfluo. Nel bismuto, di recente introdotto, dobbiamo scorgere una nuova arma preziosa di cui la nostra lotta contro la sifilide è venuta ad arricchirsi.

Sull'importante argomento relativo alla guarigione della sifilide occorre dapprima stabilire una distinzione tra i casi in cui il trattamento potè aver inizio precoce, fino dai primi stadi dell'infezione, dagli altri in cui esso non venne istituito che in periodo più tardivo.

Nei primi le prospettive di guarigione possono essere formulate nel modo più favorevole. La sifilide primaria, le prime settimane dell'infezione rappresentano per eccellenza il dominio del salvarsan e in tale periodo i preparati salvarsanici si mostrano capaci di svolgere un'azione sorprendente, superiore di gran lunga in efficacia a quella degli altri antisifilitici. Negli stadi ulteriori, a lato del salvarsan, ma di esso non meno preziosi, vanno usati il mercurio e il bismuto; nel periodo terziario le cure iodiche.

Qualora la cura non abbia avuto inizio che a distanza di mesi o di anni dall'epoca del contagio, la prognosi di guarigione dovrà essere, nella maggioranza dei casi, più circospetta. Certo, anche nei casi del genere, le cure intensive e protratte salvarsanico-mercuriali o salvarsanico-bismutiche, combinate con un opportuno controllo sierologico e del liquor, valgono, in un rilevante numero di infermi, a far ottenere una completa guarigione. Ma è pur certo altresì che, nonostante le cure più intense, talvolta lo scopo non viene raggiunto, e, a tal riguardo, una speciale refrattarietà dimostrano quei casi in cui i treponemi si sono insediati nel sistema nervoso. Sono questi per l'appunto gli infermi che spesso vedonsi finire nel quadro di una grave sifilide

cerebrale, di una tabe o di una paralisi progressiva di fronte alle quali siamo fino ad ora terapeuticamente quasi del tutto impotenti.

La causa degli insuccessi dei metodi di cura nella sifilide del midollo spinale e del cervello sono senza dubbio da attribuirsi in parte al troppo esiguo scambio tra il liquido sanguigno e il liquido che bagna il sistema nervoso centrale. In conseguenza di ciò, il salvarsan immesso nel torrente circolatorio non giunge nel liquor che sotto forma di tracce ed in quantità insufficiente per poter agire sulle spirochete annidate nei centri nervosi. Rappresentano pertanto un progresso i metodi di somministrazione diretta, endolombare del salvarsan, sebbene pericoli e difficoltà di indole pratica siano tuttora legati all'esecuzione di tali cure.

Orizzonti del tutto nuovi nella sifiloterapia, e in particolare nella cura della tabe e della paralisi progressiva, hanno dischiuso or è poco i metodi proposti dal Wagner, Iauregg e Fischer. Mentre anzi, secondo l'A., fino a poco tempo fa la cura della paralisi generale poteva ritenersi disperata nella grande maggioranza dei casi e la diagnosi di una tale malattia doveva, in un certo senso, equivalere a una sentenza di morte, oggidì, invece, per opera dei metodi di cura ora citati può essere ottenuta la guarigione in un gran numero di casi o, per lo meno, una stazionarietà dei processi morbosi con ricupero completo o parziale della capacità di lavoro.

Come è noto, il metodo di Wagner-Jauregg consiste nella trasmissione ai paralitici di sangue di individui malarici, quello del Fischer, o della cura col Flogetan, consiste nell'iniettare una miscela di prodotti di disfacimento di determinate sostanze proteiche; miscela che prende appunto il nome di Flogetan.

In qual modo possono oggi spiegarsi gli effetti terapeutici dei due metodi? Wagner-Jauregg considera fattori efficienti nel suo metodo gli accessi febbrili a ripetizione determinati dalla malaria. L'accresciuta distruzione di sostanze albuminoidi producentesi in seguito all'aumento di temperatura del corpo, darebbe luogo a cambiamenti nell'organismo con aumento della capacità di difesa e della produzione di anticorpi. Si tratterebbe in altri termini di una vera e propria terapia stimolante. Tali vedute vengono condivise anche da altri AA.

Di fronte ai lusignhieri risultati ottenuti nella demenza paralitica dalla terapia malarica, sorse spontanea l'idea di esperimentare il metodo di cura anche in casi di sifilide recente.

Nella clinica viennese del prof. Finger vennero a tale scopo curati un centinaio di casi: una metà di sifilide di vecchia data con reperto positivo nel liquor, l'altra di sifilide secondaria o latente precoce egualmente per lo più con reperto nel liquor. Gli effetti constatati furono eccellenti sul liquor, e, quel che più monta, si osservarono vantaggi notevoli anche in alcuni casi che avevano resistito a precedenti cure specifiche.

Ciò riferito, occorre però subito rilevare che tra paralisi p. e le altre forme di sifilide nei varii periodi, con o senza manifestazioni, esiste dal punto di vista della cura un enorme divario. Poichè, mentre nella paralisi siamo purtroppo costretti a porre nella maggioranza dei casi una prognosi infausta e, appunto per ciò, ci sentiamo autorizzati ad impiegare qualsiasi specie di terapia pur di evitare all'i. il trascinarsi di lunghi anni di sofferenze e l'esito mortale; per una generalizzazione della terapia malarica nella sifilide sorgono invece obiezioni molteplici basate sia sulla non assoluta innocuità del metodo, sia sull'aumentato pericolo di trasmissione della malaria anche a soggetti sani, come sul periodo di ricovero relativamente lungo cui i pazienti devono sottoporsi. Per i casi di sifilide recente disponiamo inoltre di tutta la serie dei medicamenti chemioterapici, già sufficienti da soli, nella grande maggioranza dei casi, a procurare la guarigione. Nella sifilide recente la terapia malarica potrebbe tutt'al più essere riservata a quei casi in cui, nonostante le cure più energiche, la r. W. e il reperto del liquor non risentissero influenza alcuna, o almeno del tutto temporanea; casi notoriamente predisposti all'insediarsi di una neurolue.

Per quanto riguarda la terapia flogetanica, quantunque l'efficacia da essa dimostrata non sia pari a quella della malaria, pure è capace di rendere utili servizi.

Ad ogni modo non sembra dubbio che l'introduzione dei due metodi di cura abbia aperto nuove vie alla sifiloterapia. Ignoriamo fino ad ora quali possano esserne i fattori efficienti, e, sebbene molto sembri a tal proposito parlare per un'azione stimolante aspecifica, pure tale ammissione rimane ancora nel campo delle ipotesi.

Concludendo, l'A. rileva quanto ancora purtroppo ci separi da un ideale nella sifiloterapia. Da questo ideale rimarremo tuttavia lontani fino a che lo spettro minacciante di una paralisi, di una tabe o di una lue congenita non potrà essere definitivamente allontanato. Forse tale scopo potrà raggiungersi mediante una combinazione delle cure specifiche con opportuni metodi di terapia aspecifica, i quali, stimolando una maggior produzione di anticorpi, innalzino ad un « optimum » i poteri di difesa dell'organismo.

M. AGOSTINI.

RICAMBIO.

I nuclei del tuber cinerum nel diabete sperimentale.

(URECHIA e NITESCHU. *Bull. de l'Ac. de Méd.*, vol. 93, febbr. 1925).

Alle celebri esperienze di Cl. Bernard con la puntura diabetica del bulbo ed alle numerose ricerche posteriori dobbiamo la conoscenza della influenza che alcune parti determinate del S. N. C. esercitano sul ricambio degli idrati di C. Notevoli risultati si sono avuti ancora da questi studi a proposito dell'intervento del S. N. V. e delle varie ghiandole endocrine nella regolazione del metabolismo degli idrocarbonati.

Per quanto controverse siano le opinioni sulle vie e sui meccanismi attraverso cui si giunga alla glicosuria, pur tuttavia alcuni punti sono nettamente stabiliti ed acquisiti in modo definitivo.

Molti AA. han tentato, in base a queste conoscenze sulle *glicosurie sperimentali* successive ad alterazioni del S. N. C., di mettere in rilievo anche nel diabete umano alterazioni del S. N. C. Dresel e Lewy descrissero nei diabetici lesioni nel terzo medio ed esterno del *globus pallidus* consistenti in diminuzione delle fibre mieliniche ed aumento delle granulazioni grasse. Immagini però assai simiglianti a queste furono da Lubarsch e Spatz messe in rilievo con una certa frequenza in soggetti non diabetici e Bielschowsky non confermò i risultati di Dresel e Lewy.

Anche Leschke in due casi di diabete potè osservare delle alterazioni e delle formazioni cistiche nell'ipotalamo. Ma lo stesso Bielschowsky si è mostrato assai scettico a proposito di questi reperti. Urechia ed Elekes han trovato però anche essi in un caso di coma diabetico alterazioni manifeste del nucleo periventricolare.

Per controllare i rapporti del pancreas con il centro vegetativo del tuber, gli AA. hanno estirpato completamente il pancreas a 4 cani ed hanno esaminato istologicamente i cervelli di tali animali sacrificati dopo 5-8 giorni. Sono stati ritrovati in tutti e 4 i casi alterazioni degenerative evidenti e varie nel nucleo periventricolare, specie nella sua porzione posteriore, e contemporaneamente modificazioni istologiche dell'ipofisi (iperemia ed eosinofilia) interpretate queste ultime come uno stato di iperfunzione della ghiandola.

Tali reperti, in conformità di quelli di Dresel e Lewy e delle esperienze di Camus, Gournay e Le Grand mostrerebbero che il nucleo periventricolare costituisce un centro del tuber che interviene come regolatore degli scambi idrocarbonati. In 30 autopsie di casi clinici diversi Urechia ed Elekes han ritrovato sovente alterazioni del nucleo periventricolare. Ma le alterazioni si ritrovano contemporaneamente anche in altri nuclei del tuber. Invece notevoli differenze nelle alterazioni del n. periventricolare in raffronto con quelle degli altri nuclei gli AA. hanno riscontrato solo in 1 caso di coma diabetico ed in 1 caso di morte per assideramento. Per gli stretti rapporti esistenti tra disturbi del ricambio idrocarbonato e ipotermia nel coma diabetico gli AA. pensano, in base a questa simiglianza di reperti, che il n. periventricolare debba avere una influenza importante anche nella termoregolazione.

D. MASELLI.

La zona ipofiso-basale nella patogenesi del diabete insipido e della poliuria.

(SAJOUS. *Amer. Jour. Med. Sciences*, mag. 1924).

I recenti studi di Camus, Roussy, Bailey, Houssay e Hug tendono a dimostrare che le lesioni della regione della base del cervello paraipofisaria, infundibulum e tuber cinereum, possono provocare il diabete insipido e la poliuria, contrariamente a quanto affermava la teoria endocrina, che faceva dipendere gli stessi disturbi da una disfunzione dell'ipofisi.

Tuttavia una serie di osservazioni cliniche e di fatti sperimentali dimostrano la importanza del lobo posteriore dell'ipofisi nella patogenesi del diabete insipido e della poliuria.

L'A. crede di poter conciliare questa contraddizione ammettendo che il lobo posteriore dell'ipofisi e la zona della base circostante siano il punto di partenza di una via nervosa che, attraversando il bulbo ed il midollo, raggiunge i reni a mezzo dei nervi splancnici. Così che i risultati dei predetti autori, i quali negano ogni influenza ipofisaria nella poliuria, potrebbero concordarsi con le osservazioni cliniche. Le lesioni del tuber cinereum producono un arresto o inibizione degli impulsi fisiologici diretti ai vasi dei reni per via ipofiso-renale, donde vaso-dilatazione passiva ed eccitazione anormale delle cellule renali per maggiore afflusso di sangue, e quindi poliuria.

Sajous in trenta autopsie di individui affetti da diabete insipido ha trovato lesioni in varie parti della via ipofiso-renale: nel solo lobo posteriore, in tutti e due i lobi dell'ipofisi, nell'infundibulum e nel tubero cinereum, nel bulbo, nel midollo, e nei nervi splancnici.

Il fatto che l'estratto di lobo posteriore diminuisce o arresta la poliuria non prova la esistenza di secrezione in questa parte dell'ipofisi. La esistenza di un ormone nel lobo posteriore è ancora a dimostrare. È probabile che gli effetti curativi degli estratti adoperati siano dovuti alle proprietà farmacologiche di questi preparati che determinano la vaso-costrizione renale.

Sajous in appoggio a tale sua interpretazione fa notare che il lobo posteriore ha una struttura schiettamente nervosa. Esso con la regione adiacente della base costituisce una parte del meccanismo simpatico che regola la distribuzione del sangue arterioso nei parenchimi viscerali.

dr.

Uso clinico dell'insulina.

(A. P. THOMSON. *British med. journ.*, 15 marzo 1924).

L'uso dell'insulina è necessario nei casi di coma, di estremo dimagrimento dell'infermo, e prima degli interventi operativi. L'A. lo ritiene necessario pure quando il paziente è colto da polmonite, o è affetto da tubercolosi, nonchè in ogni caso di diabete dei piccoli bambini.

In generale non si deve usare l'insulina se si può mantenere l'aglicosuria mercè modiche restrizioni e lievi modificazioni della dieta.

È pericoloso l'uso dell'insulina nei diabetici non sani di mente: essa chiede intelligenza sia da parte del medico che del malato, specialmente per ciò che riguarda la dieta da osservare.

È poi bene che il paziente sappia fare da sè l'esame qualitativo dello zucchero nell'urina, e anche quello dell'acido diacetico.

L'A. suole tenere sotto stretto controllo i pazienti per tre settimane, preferibilmente in una casa di cura.

Dà una dieta varia, onde sia facilmente tollerata, che contenga da 30 a 35 calorie e gr. 1-1.5 di proteine per kg. di peso del paziente. Nel tener conto dei carboidrati ingeriti, ricorda che si devono considerare come carboidrati il 58 % delle proteine e il 10 % dei grassi. Ricorda pure che 100 gr. di grassi ne contengono 90 di acidi grassi, e che, per evitare l'acidosi, non si devono somministrare acidi grassi in quantità superiore al doppio dei carboidrati totali.

Indica varie diete tipo, contenenti una quantità scarsa, ma determinata, di carboidrati. Dosando lo zucchero nelle urine delle 24 ore si conosce la tolleranza, e somministrando ogni giorno 10-20 unità di insulina, in due volte, è facile vedere di quanto si riduce lo zucchero eliminato per le urine, onde, con opportune modificazioni della dieta, e un graduale aumento dell'insulina si può giungere al punto da mantenere il paziente quasi aglicosurico, pur senza praticare continui dosaggi della glicemia.

L'A. consiglia di segnare quotidianamente le quantità di carboidrati, proteidi, e grassi ingeriti, nonchè la quantità di insulina somministrata; inoltre di notare la presenza o assenza di zucchero nelle quantità biorarie di urina, che consiglia di raccogliere ed esaminare dopo ogni somministrazione di insulina onde conoscere quando comincia la sua azione e quanto dura. Primi segni delle pericolose crisi ipoglicemiche sono una cefalea occipitale, un senso di debolezza e di fame, talora delle scosse muscolari. L'ingestione di zucchero vi pone subito riparo, e solo nei casi gravi si deve ricorrere all'iniezione endovenosa di glucosio che conviene far precedere da un'iniezione sottocutanea di adrenalina. Crisi ipoglicemiche si osserverebbero non solo per un abbassamento eccessivo della glicemia, ma anche per una improvvisa caduta da un tasso elevato, ad un tasso altrimenti non pericoloso di per sè.

L'insulina di rado produce edemi, che si dominano facilmente riducendo i liquidi ingeriti.

L'albuminuria e l'ematuria insorgono di rado durante il trattamento insulinico, e sono generalmente di breve durata. Le reazioni locali sono talora intense. Di solito la dose di insulina sufficiente a mantenere una aglicosuria quasi completa nella prima settimana di cura non basta più nella seconda settimana, e ciò scoraggia gli infermi, che ne devono essere avvertiti. Ma nella terza settimana di solito si ha un miglioramento, e bastano dosi minori di insulina: da questo momento l'A. lascia gli infermi, ormai istruiti, sotto una minore sorveglianza, affidati però ad una esperta nurse. Essi possono anche permettersi un certo esercizo fisico, che si può gradualmente e con prudenza aumentare.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

F. PICCININNI. *La difesa della salute umana negli Stati Uniti d'America.* Un vol. in-16° di 198 pag. G. Naintré, ed. Napoli, 1925. Prezzo L. 12.

Il prof. Piccininni, che fece a suo tempo un viaggio d'istruzione quale inviato dalla Società delle Nazioni, ha avuto l'ottima idea di raccogliere le sue osservazioni in questo libro, descrivendo l'organizzazione sanitaria degli Stati Uniti, la quale viene così portata alla conoscenza del pubblico medico italiano, con molti particolari di vivo interesse.

Fra i capitoli che maggiormente attraggono l'attenzione, citiamo quelli su: gli studi e l'esercizio della medicina, i laboratori diagnostici, l'organizzazione della Sanità pubblica, la vigilanza igienica sulle sostanze alimentari, sulle acque, la profilassi delle malattie infettive, la lotta contro le malattie sociali e contro l'alcoolismo, la propaganda igienica, ecc. L.A. si dimostra in essi un vero entusiasta dell'opera mirabile e possènte che, anche in questo campo, dispiegano gli Stati Uniti; ma, con sano senso di equilibrio, sa cogliere anche il lato debole delle

questioni, facendo acute osservazioni critiche, p. es., a proposito dei laboratori diagnostici, della lotta antialcoolica, ecc.

Questo libro, di cui è vivamente consigliabile la lettura, è anche, per l'esempio che ci addita e per la nobile azione incitatrice, un libro di fede in questa « itala gente da le molte vite » che, pur dibattendosi in strettezze e difficoltà, sa mantenere il suo spirito scientifico in un tono elevato e portare un notevole contributo al progresso della scienza nostra.

fil.

A. SCLAVO. *Per la propaganda igienica. Scuola ed igiene.* Un vol. in-16° di 326 pag. con fig. G. B. Paravia, ed. Torino, 1925. Prezzo L. 16.

Tutti conoscono l'entusiastica fede che il prof. Achille Sclavo trasfonde nella preziosa opera di propaganda che egli sa svolgere per la diffusione dell'igiene. A buon diritto, egli è convinto che la propaganda sarà tanto più efficace se fatta fra i giovani, fra gli scolari quando alla tenera pianticella si può ancora far prendere una giusta direzione. Egli, cosa tutt'altro che facile, sa mettersi al livello delle piccole menti, avvincendone l'attenzione ed alla propaganda igienica nella scuola dedica appunto questo libro, in cui, dall'osservazione dei fatti più comuni della vita giornaliera, il fanciullo è tratto ad apprendere nozioni di scienza e soprattutto d'igiene.

Fra i capitoli che più direttamente interessano l'igienista, citeremo quelli sui microbi, sulle acque, le sei conversazioni sulla pulizia, la zoologia igienica, ecc.

Il libro è dedicato ai maestri, ma sarà consultato e letto con grande vantaggio anche dai medici, che apprenderanno in esso il modo di rendere accessibili ed interessanti alle giovani menti le questioni ed i problemi dell'igiene e potranno così svolgere ed attuare quella utile propaganda che è nel voto di tutti.

fil.

STEPHEN-CHAUVET. *Initiation à l'art d'être maman.* Un vol. in-16° di 69 pag., A. Maloine, ed. Parigi, 1925.

Consigli ad una futura madre sull'igiene della donna incinta, sullo sviluppo del bambino, sulle cure igieniche da aversi per esso, sui più comuni disturbi che esso presenta. In capitoli a parte, viene trattato l'allattamento sia materno che artificiale, che misto. Alla fine è aggiunto un modello di libretto sanitario personale, di cui sarebbe consigliabile fornire ogni figlio, in modo da facilitare in seguito le ricerche anamnestiche.

L'A. riconosce alla costipazione la massima importanza per la produzione dei più svariati disturbi ed ha una grande fiducia nella opoterapia mammaria. Il libro è scritto pianamente e divulga bene molte nozioni scientifiche quali quelle sulla carenza, sulle vitamine, ecc.; esso si presenta bene e con una certa eleganza anche dal punto di vista editoriale.

fil.

O. CIGNOZZI. *L'Ospedale di Grosseto*, 1 op. di pag. 36, Siena, Stab. Tip. S. Bernardino, 1925.

Il prof. Cignozzi, direttore sanitario dell'Ospedale di Grosseto, traccia le vicende di questa istituzione, dalle origini (1251) agli ultimi tempi in cui si è onorata dei nomi di Giannettasio, Solieri, Cavazzani, Jona, Luzzatto, Memmi, ecc.; ricorda gli studi compiutivi sulla malaria, legati ai nomi di Koch, Grassi, Gosio, V. Ascoli, Memmi, ecc.

Una lista delle pubblicazioni del Cignozzi attinge la cospicua cifra di 115, il che attesta una attività formidabile.

L. P.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia di Medicina di Torino.

Seduta del 23 gennaio 1925

Presidenza: G. VICARELLI, presidente.

Di un metodo razionale di cura che guarisce sistematicamente la tubercolosi polmonare e la pleurite.

SCARPA. — Il metodo di cura proposto dall'O. consiste nella iperfunzione pleuropolmonare integrata da attinoterapia, opoterapia, vaccinoterapia antitubercolare.

Cisti epiteliale del collo.

MILONE descrive una cisti epiteliale branchiogena del collo a rivestimento epiteliale pluristratificato senza corneificazione con stroma linfatico, e comprendente ad una estremità un nodo linfatico, il che induce a pensare che la cisti si sia sviluppata in una ghiandola linfatica.

Modificazioni citologiche per lesioni sperimentali del citoplasma e del nucleo in cellule somatiche.

PETERSI e OLIVO riferiscono una serie di importanti osservazioni fatte su cellule coltivate in vitro nelle quali si provocavano sperimentalmente lesioni del protoplasma o del nucleo.

Seduta del 20 febbraio 1925.

Presidenza: G. VICARELLI, presidente.

L'artrorisi posteriore dell'articolazione tibio-astragalica nel trattamento del piede equino spastico e contratturale.

CAMERA presenta un bambino di 10 anni già affetto da piede equino di alto grado curato dap-

prima coll'osteoclasia incruenta, recidivato e curato in seguito colla artrorisi posteriore dell'articolazione tibio-astragalica con ottimo risultato. Descrizione della tecnica seguita.

Contributo alla tecnica della simpatectomia periarteriosa.

CAMERA per facilitare la pratica della simpatectomia periarteriosa propone di iniettare fra l'avventizia e la muscolare dell'arteria della soluzione fisiologica per tutta l'estensione che si vuole dare alla simpatectomia. Il liquido iniettato scolla l'avventizia dalla muscolare circonferenzialmente e con una incisione longitudinale si riesce facilmente a liberare tutta la tonaca e asportarla in un pezzo solo.

PIETRO SISTO.

Società Lombarda di Scienze Mediche e Biologiche - Milano.

Seduta ordinaria del 13 marzo 1925.

Osservazioni e considerazioni sui vasi del corpo luteo di « Bos taurus ».

Prof. BRUNI. — Il B. constata che nell'involuzione del corpo luteo della vacca avviene una graduale modificazione dei vasi, per cui dalla primitiva rete capillare del corpo luteo si costituiscono delle arterie, nelle quali segue una progressiva proliferazione della tonaca muscolare che porta ad una parziale obliterazione delle arterie stesse. L'ipertrofia della muscolatura vasale non si osserva nel corpo luteo gravidico ed in quello persistente delle vacche sterili, ad essa si deve dunque imputare la regressione del corpo luteo.

Mettendo in relazione le modificazioni osservate nel corpo luteo con le condizioni di congestione dei genitali nel ciclo uterino, il B. conclude, che la causa dell'ispessimento delle arterie del corpo luteo è la decongestione, che si verifica, fra il 5° ed il 10° giorno del ciclo, nella sfera genitale, e che la causa della persistenza del corpo luteo è uno stato congestizio continuo dei genitali. Il bulbo ovarico di Rouget (plesso venoso del meso-ovario) avrebbe grande importanza, perchè, comportandosi come un vero organo erettile, funzionerebbe per l'ovaia da moltiplicatore delle oscillazioni circolatorie, che si verificano nella sfera genitale.

Sulla cura della lussazione congenita della rotula.

Dott. E. ETTORRE. — Stabilito il concetto di congenicità per cui si devono ritenere di origine congenita anche le lussazioni che si manifestano nella pubertà, l'O. passa rapidamente in rassegna i più importanti metodi operativi sinora proposti. Di 57 interventi diversi sparsi nella letteratura, e che stanno a dimostrare la difficoltà di curare razionalmente questa deformità, parecchi sono semplici modificazioni di altri preesistenti. Illustra il metodo del prof. GALEAZZI (comunicato al Congresso di Napoli nel 1921): trapianto ascendente del tendine del semitendinoso in una doccia scavata nell'emicirconferenza mediale della rotula e ne segnala l'originalità, i pregi di semplicità ed i vantaggi in confronto a molti altri, anche proposti recentemente. Oltre una dozzina di casi operati già da vari anni stanno a dimostrare la bontà del metodo (che è ancora poco noto come si rileva da recenti pubblicazioni estere) in tutte le forme di lussazioni abituali. Presenta infine un'inferma operata bilateralmente dal prof. CASTIGLIONI con ottimo risultato funzionale.

Sopra due casi di applicazione intraddominale di radium per diffusioni del cancro del collo uterino.

Dott. ODESCALCHI. — Presentazione di due malate operate nell'Istituto Ostetrico-Ginecologico di Milano nel gennaio 1924 per infiltrazione neoplastica del legamento largo di epitelioma della portio, la lesione primitiva essendo stata precedentemente curata per via vaginale. Entrambe permangono clinicamente guarite, dopo 14 mesi circa dall'intervento.

Seguono alcune considerazioni sopra la possibilità e la convenienza di attuare una via chirurgica di accesso allo scopo di allargare le risorse terapeutiche del radium.

Prof. SCARLINI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 7 gennaio 1925.

Presidenza: Prof. G. PIERI, presidente.

Dott. A. PAGANI-CESA. — *Moderne vedute sulle malattie infettive nei bambini.* — Conferenza non adatta ad essere riassunta in un resoconto.

Due casi di radicolite a etiologia oscura guariti colla puntura lombare.

Dott. A. SPANIO. — L'O. riferisce intorno a due casi di sciatica radicolare di sua osservazione, negativi nei riguardi delle infezioni luetica e tubercolare, senz'altri precedenti morbosi personali, all'infuori di un attacco influenzale sofferto due anni prima.

In essi la puntura lombare dimostrò un notevole aumento della pressione del liquor, misurata al manometro di CLAUDE, e pur essendo il liquor completamente negativo all'esame chimico, sierologico e citologico, la puntura portò subito un notevole miglioramento della sindrome radicolare, e, ripetuta, fece scomparire completamente i disturbi.

L'O. termina discutendo sulla possibile patogenesi della affezione nei due casi in esame.

Contributo allo studio delle fratture del calcagno.

Dott. S. NICOLIS. — L'O. presenta un malato che quindici giorni prima ha riportato una frat-

tura del calcagno, e ne prende occasione per mostrare le radiografie di 6 casi, da lui osservati, di fratture del calcagno, dei quali uno appartiene alle fratture da strappamento, 5 alle fratture da schiacciamento.

Le fratture da strappamento si verificano per violenta contrazione del soleo; alla radiografia si vede il frammento della grande tuberosità strappato e tirato in alto dal tendine di Achille.

Le fratture da schiacciamento si verificano in seguito a caduta in piedi, e le loro modalità anatomiche variano a seconda della posizione del piede rispetto alla gamba al momento della caduta. Si distinguono in fratture del tipo posteriore, medio e anteriore.

L'O. presenta la radiografia di una frattura del tipo posteriore, in cui la rima di frattura attraversa verticalmente il calcagno subito al davanti della grande tuberosità, e le radiografie di quattro fratture del tipo medio, in cui si osserva un affondamento più o meno spiccato del talamo (apofisi corrispondente alla articolazione calcaneo astragalica posteriore).

Egli richiama l'attenzione sulla possibilità che tali fratture per la scarsezza dei dati obbiettivi siano scambiate per semplici contusioni, e i pazienti per il lungo protrarsi delle loro sofferenze vengano sospettati ingiustamente di simulazione.

Sezione delle vie sensitive midollari per grave sindrome dolorosa da compressione della cauda.

Prof. G. PIERI. — Una donna di 63 anni cominciò tre anni fa ad avvertire dolori agli arti inferiori che crescendo la costrinsero a camminare con due bastoni, e dopo circa un anno insorsero dolori alla colonna lombare. I dolori in seguito aumentarono al punto di immobilizzare la malata a letto, e da richiedere, nelle ultime settimane, 8 o 10 iniezioni di morfina al giorno.

All'esame obbiettivo si osservano i sintomi di una grave compressione della cauda, e un dolore vivissimo alla pressione della terza apofisi spinosa lombare.

L'O. allo scopo di far cessare i fierissimi dolori ritenne preferibile (per ragioni che egli discute) alla resezione delle radici posteriori la sezione delle vie sensitive midollari.

Scoprì il midollo all'altezza della 7ª e 8ª vertebra dorsale, e incisa la dura madre sezionò da ambedue i lati il fascio di GOWERS e il fascio residuo.

L'effetto dell'operazione fu la cessazione immediata e completa dei dolori.

Disgraziatamente dopo tre giorni si manifestarono nella malata i sintomi di una grave polmonite, che finì colla morte al settimo giorno dall'operazione.

L'autopsia dimostrò un tumore (osteosarcoma?) a carico del corpo della terza vertebra lombare, il quale si estrinsecava nel cavo rachideo ostruendolo quasi completamente.

L'O. mostra il midollo prelevato all'autopsia.

G. LOCATELLI.

Accademia delle Scienze Mediche e Naturali in Ferrara.

Seduta ordinaria del 14 febbraio 1925.
Presidenza: PADOVANI.

Il PRESIDENTE saluta i soci proff. MERLETTI e MARRASSINI, della Università di Ferrara, chiamati all'insegnamento in altre Università del Regno.

Il prof. CESARE MINERBI commemora il socio defunto prof. M. A. LUZZATTO.

Contributo allo studio dell'ereditarietà dei tumori maligni.

NOVI A. — Espone la storia di una famiglia, della quale ben sette membri, in rapporti prossimi di ascendenza o di collateralità, sono morti per cancro.

Valorizzazione plessica della posizione di Pachon.

MINERBI GIACOMO. — Denuncia la variazione particolare che interviene nel profilo plessico del cuor destro (quando esso sia dilatato) allorchè il paziente passi dal decubito dorsale al decubito laterale sinistro. Propone di giovarsi appunto di cotesta variazione come di un metodo pratico, atto a stabilire la presenza di una t l dilatazione, e il grado di essa.

Pneumotorace terapeutico bilaterale contemporaneo.

BERNARDI G. — Illustra un caso di pneumotorace terapeutico bilaterale contemporaneo ciò che è tutt'ora una primizia della terapia antitubercolare.

Si tratta di una donna di 26 anni, con lesioni polmonari bilaterali, aperte, con temperatura elevata, in cui venne praticato prima a destra, dove la lesione era più grave, poi a sinistra un pneumotorace di modica entità. Si è ottenuto la scomparsa della febbre e della tosse, e un miglioramento progressivo dello stato generale con aumento del peso corporeo.

MINERBI CESARE. — *Nuove indicazioni e nuove applicazioni dei sieri specifici nelle malattie infettive acute e croniche.*

ANDRIANI S. — *Sull'azione della anafilotossina e del siero di sangue anafilattico sul complemento emolitico.*

ANDRIANI S. — *Contributo alla conoscenza delle alterazioni istologiche dell'ipofisi e dell'epifisi nella castrazione.*

ANDRIANI S. — *Il siero di sangue anafilattico in rapporto al cosidetto antigene luetico.*

BONORA A. — *Un caso di diverticolite simulante un'ernia inguinale sinistra O. E. strozzata.* (Comunicazione presentata dal socio corrispondente prof. C. TENANI).

G. MINERBI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La litiasi dell'epatico e del coledoco.

I calcoli dell'epatico e del coledoco sono essenzialmente costituiti da calcoli migrati, formatisi nella cistifellea. Possono essere multipli e talvolta riempire totalmente le vie biliari (litiasi totale). Le conseguenze possono consistere in ulcerazioni, che conducono a perforazioni, in stenosi delle vie biliari, in dilatazioni, ed in processi infettivi epatici e pancreatici.

Clinicamente la presenza di un calcolo della via biliare principale si traduce con la comparsa di ittero, a cui si aggiungono dolori, febbre, dimagrimento.

L'ittero è spesso variabile, si manifesta di solito dopo una crisi dolorosa e coincide con un attacco febbrile. Questa variabilità può però mancare, specialmente in caso di complicazione pancreatica, mentre poi l'ittero può essere lievissimo od anche mancare, oppure scomparire del tutto quando il calcolo continua a rimanere nel coledoco.

Il dolore è un segno precoce e consiste spesso in un semplice indolenzimento od in piccoli accessi, ma talora si manifesta come una vera colica epatica. Questa però ha sede più mediana, epigastrica, si irradia piuttosto verso lo spazio interscapolare che verso l'omoplata. Il dolore da calcoli dell'epatico e del coledoco è meno intenso nei parossismi, più continuo e si accompagna più spesso ad ittero ed a febbre. La sede del dolore provocato varia secondo la sede dei calcoli, ma è bene non fare troppo affidamento sulla localizzazione del dolore per la diagnosi di sede.

La febbre si spiega con l'esistenza di un'angiocolite ed ha ora la forma di intermittente epatica, ora di remittente; talora è di breve durata e va accuratamente ricercata.

Fra gli altri sintomi, è da segnalare soprattutto il dimagrimento; il malato perde rapidamente 10-15 chilogrammi, se la perdita è maggiore si deve sospettare una lesione pancreatica. Sono altresì da segnalare le variazioni di volume del fegato e della milza, l'esame delle urine e delle feci (ricerca dei calcoli e della utilizzazione dei grassi) il sondaggio duodenale e specialmente l'esame radiografico.

Per il trattamento, P. Mathieu (*La Médecine*, ottobre 1924) osserva che la presenza di un calcolo nelle vie biliari deve far considerare la necessità di un'operazione.

fil.

Duplice ileo da calcoli biliari.

K. Hille (*Münchner med. Wochenschrft.*, n. 25, 1925), in una donna di 61 anni, tre mesi dopo un accesso di colica epatica, vide manifestarsi una nuova colica forte con sintomi di occlusione intestinale. Eseguita la laparotomia si trovò un calcolo grosso quanto un uovo, nella parte pilorica dello stomaco. Nessuna comunicazione fra stomaco e cistifellea, nessuna anormalità del duodeno. Tre giorni dopo l'operazione nuovamente sintomi di occlusione intestinale. Riaperta la ferita laparotomica, si trovò il tenue occluso da un calcolo grosso quanto una noce. Guarigione completa.

POLL.

Ittero latente.

Friedman e Straus (*Revista del Circulo Médico Argentino*, C. E. M., agosto 1924) studiano in questo lavoro 29 casi di colecistite in parte fuori del periodo doloroso, però sempre con sintomi gastrici. Le reazioni utilizzate sono state la van der Berg e la Fouchet. In quanto alla prima: quattro si presentarono dirette immediate; tutte le altre dimostrarono che la cellula epatica era lesa.

La iperbilirubinemia potrebbe prodursi per una infiammazione limitata soltanto alla vescicola biliare, o deve il processo ostruttivo o infiammatorio estendersi fino al fegato o al coledoco? Gli AA. ritengono che la iperbilirubinemia non abbia la minima relazione precisa con l'esistenza o mancanza di calcoli o altri segni clinici di reazione infiammatoria vescicolare.

Di 14 casi di pneumonia senza ittero visibile, 7 rivelarono aumento della bilirubina. Di 4 carcinomi gastrici, 4 ulcere gastriche e 6 ulcere duodenali, nessuno ha presentato segni d'ittero latente. Considerando che l'iperbilirubinemia si è presentata nell'83 % delle colecistiti studiate, gli AA. credono di reale valore la determinazione anteriore di essa, per la diagnosi differenziale tra colecistite e ulcera o carcinoma gastro-duodenale.

RE.

Influenza della dieta sulla calcolosi biliare.

I patologi sogliono oggi attribuire la genesi dei calcoli biliari più comuni, quelli di colesterol, a processi infettivi locali, che determinerebbero degenerazione e desquamazione dell'epitelio di rivestimento della cistifellea e dei dotti biliari.

È certo però che i calcoli sono stati trovati in assenza di qualsiasi stato flogistico locale riconoscibile.

I chimico-fisici hanno, di recente, invocato una diminuzione dei colloidi « protettivi » della bile. Nei soggetti normali i sali organici e le proteine della bile manterrebbero le sostanze meno solubili, come il colesterol, in uno stato di *sol*. Quando però quelle sostanze « protettive » diminuiscono, per modificazioni generali del ricambio, il colesterol precipiterebbe, allo stato di *gel* irreversibile, producendo i calcoli. Questa ipotesi è avanzata, per esempio, da A. Findlay (« Phisical Chemistry », New York, 1924, p. 197).

Era stato più volte sospettato che potesse variare anche la quantità di colesterol eliminata con la bile, in dipendenza della dieta; perciò ai colelitiasici si proscrivevano i cibi ricchi di colesterol.

Molti medici. però, mettevano in dubbio questo assunto, del quale mancavano le prove.

Esse sono state fornite, ora, sperimentalmente, da P. D. McAlister, del « Rockefeller Institute for Medical Research » di New York (*Journ. esperim. Med.*, lug. 1924): la quantità e la concentrazione di colesterol vengono aumentate molto da una dieta che ne sia ricca. La cistifellea non vi ha nessuna parte: difatti, escludendola operativamente i risultati non si modificano.

Le ricerche riferite ne lumeggiano altre, contemporanee, di A. O. Wilensky e M. A. Rothschild (*Amer. Journ. Med. Sc.*, lug. 1924), i quali hanno riconosciuto che in molti colelitiasici è presente un disturbo del metabolismo, rivelato da aumento di colesterol nel sangue; in alcuni soggetti questo alterato ricambio è legato a ostruzione meccanica, la quale ostacola il deflusso della bile e ne determina una ritenzione, resa manifesta da iperbilirubinemia, che può andare fino al subittero; un intervento operativo, il quale ristabilisca il drenaggio, può eliminare l'ipercolesterinemia; ma non sempre è così: in un certo numero di soggetti questa persiste dopo l'intervento, e i sintomi si rinnovano. In molti di tali casi però gli AA. sono riusciti a prevenire le recidive, mediante misure dietetiche idonee ad abbassare la ipercolesterinemia.

Conseguenza pratica di queste ricerche ed osservazioni, è che la dieta dei colelitiasici dev'essere *regolata*, escludendone o limitandone i cibi ricchi di colesterol, come il tuorlo d'uovo, il cervello; e così pure i grassi, perchè questi sono solventi del colesterol e quindi ne favoriscono il riassorbimento dalle vie digestive. Sono anche da limitare gli alcoolici. È consigliabile di consumare molta verdura e frutta.

È sperabile che tali norme dietetiche valgano a ridurre le recidive, frequenti anche dopo gl'interventi chirurgici.

Nel determinare la precipitazione del colesterol, pare che abbia parte il calcio, altro costituente abituale dei calcoli biliari. Ricerche di D. R. Drury (*Journal experim. Med.*, dic. 1924) portano ad ammettere che la cistifellea, invece di eliminare il calcio, come si era creduto, lo riassorbe. Questo autore non è riuscito a far aumentare la quantità di calcio eliminato con la bile, rifornendolo per bocca o per via endovenosa: quindi su questo fattore sembra che non si riesca ad intervenire terapeuticamente.

Così il *Journal Am. Med. Assoc.*, 7 febbraio 1925.

L. V.

Cura della colelitiasi.

F. Umber (*Deutsche Med. Wochenschr.*, n. 51, 1924), rileva come i fattori etiologici che determinano la formazione di calcoli biliari sono una speciale diatesi del ricambio, la stasi della bile e l'infezione della bile. La terapia deve agire su tutti e tre questi fattori. La diatesi patologica è di solito l'ipercolesterinemia; per combatterla si devono limitare i grassi e i cibi ricchi di colesterina (specialmente la panna, il burro e il rosso d'uovo). La dieta deve essere ricca di verdure e frutta, si deve mangiare carne magra, evitare l'alcool. È importante curare che i malati abbiano sufficiente movimento all'aperto. La stasi biliare si combatte sia con l'uso di antispasmodici (suppositori di atropina e papaverina) sia con il calore (acque minerali calde per bocca, o applicazioni calde nella regione delle vie biliari). L'attacco acuto viene quasi sempre troncato da una iniezione di atropina che agisce meglio ancora della morfina. Vanno scelte le acque minerali contenenti solfato di sodio in casi di acidità normale o iperacidità gastrica, le acque contenenti cloruro di sodio in casi di ipoacidità gastrica. L'uso di colagoghi è razionale soltanto nei casi in cui è normale la via di scarico della bile e in cui si compie indisturbata l'alternativa fra la contrazione della cistifellea e il rilasciamento dello sfintere di Oddi; negli altri casi i colagoghi non possono riuscire efficaci. I migliori colagoghi sono i sali biliari. L'infezione delle vie biliari si combatte con antisettici dei quali i principali sono: l'acido salicilico e l'urotropina. L'autore raccomanda nei casi subacuti e cronici l'iniezione duodenale di 10-50 cmc. di soluzione al 30 % di solfato di magnesio, iniezione che si deve ripetere giornalmente o ogni secondo giorno. Nei casi in cui l'infezione colangitica è un sintomo parziale dell'infezione generale ematogena come p. es. nei casi di colangite lenta, si deve ricorrere ad una cura antisetticemica: somministrazione endovenosa di preparati di argento, salicilato di sodio (2-3 gr. al giorno), urotropina (1.5 gr. al giorno), vaccinoterapia specifica ed aspecifica. Le cure

d'olio, un tempo considerate come colagoghi, hanno l'inconveniente di determinare disturbi dispeptici e di facilitare l'ipercolesterinemia. Come calmante del dolore, nello stadio acuto più che la morfina gli ha dato, a volte, buoni risultati l'atropina per iniezione ipodermica, nella dose di 1 mmgr. Nei casi di accessi dolorosi molto protratti, si ricorre con utilità all'anestetizzazione del decimo nervo intercostale iniettando da 10 a 20 cmc. di soluzione di novocaina al 2 % in prossimità del processo spinale della 9ª vertebra (iniezione paravertebrale di Laevcen). L'intervento chirurgico è assolutamente indicato solo nei casi di colecistite flemmonosa, nei processi ulceroso purulenti che si manifestano nel corso della colelitiasi cronica recidivante, nell'empiema della cistifellea, nei casi in cui si sospetta un carcinoma delle vie biliari, nei casi in cui esiste compartecipazione del pancreas al processo morboso, in seguito al passaggio di bile o di germi infettivi nel dotto pancreatico, e nei casi in cui il coledoco rimane ostruito da un calcolo per settimane, persistendo inalterato l'ittero, manifestandosi febbre, decadendo le forze del malato.

È da considerare che il bisturi è impotente contro l'alterato ricambio e che sono frequenti le recidive. La mortalità è elevata dopo i 40 anni.

POLITZER.

Il drenaggio non chirurgico delle vie biliari.

Chiray, Le Clerc e Milochevitch (*La Presse médicale*, 4 ottobre 1924), dopo aver rapidamente accennato alla prova di Meltzer-Lyon con la sonda d'Einhorn, alla tecnica da questi seguita, all'azione che le soluzioni di solfato di magnesia al 33 % introdotte nel duodeno avrebbero sulla provocazione del riflesso antagonista cistifellea-sfintere d'Oddi (contrazione della cistifellea; rilasciamento dello sfintere d'Oddi) e alle indicazioni dell'applicazione del metodo sia continuo che intermittente date dai suddetti autori (*il drenaggio intermittente sarebbe, secondo questi, indicato nella colecistite cronica;* nella colecistite litiasica latente; nella colecistite acuta complicante l'infezione tifoide o altra malattia infettiva; nell'atonia della cistifellea con spasmo dell'ampolla di Vater; nelle duodeniti da ulcera duodenale; nell'ostruzione del canale cistico per infiammazione catarrale; nelle colecistiti gravi non operabili; il *drenaggio continuo* nell'ittero catarrale; nell'ostruzione da calcolo del coledoco; nei portatori di germi tifosi e paratifosi; in alcuni casi di emicrania e di reumatismo cronico), riferiscono quanto hanno potuto personalmente osservare in un anno di ricerche.

Riportano come non sia stato loro possibile applicare il drenaggio continuo perchè mal tollerato.

Frequenti sono state le applicazioni invece del drenaggio intermittente (1).

Con questo metodo hanno ottenuto buoni risultati nella *colecistite cronica* non litiasica e nelle duodeno coledociti acute catarrali o ittero catarrale; inoltre dopo la colecistectomia che spesso è seguìta da spasmo dello sfintere d'Oddi e dilatazione a monte delle vie biliari. In tutti questi casi hanno notato un notevole miglioramento dello stato generale dei malati; una scomparsa più rapida dell'ittero catarrale; la scomparsa di tutti i disturbi riflessi di origine epatica (gonfiore dello stomaco; dolori all'epigastro e all'ipocondrio; diarree biliari; emicrania, ecc.); miglioramento dell'appetito; scomparsa del subittero cronico delle sclere.

In seguito all'applicazione del drenaggio gli autori hanno notato alcune volte la comparsa di crisi dolorose a volte intense; altre volte una ipersecrezione biliare con diarree biliari; altre ancora la risposta tardiva del riflesso antagonista con ipersecrezione biliare. I suddetti disturbi però sono, secondo gli autori, di poca entità in confronto ai vantaggi curativi che si ottengono.

All'applicazione del drenaggio gli autori fanno seguire per circa 10 giorni l'ingestione di 4 capsule al giorno di compresse glutinate contenenti gr. 0,50 di solfato di magnesio da prendersi un'ora prima dei pasti, che liberandosi nel duodeno provocherebbe la stessa azione che si ottiene col drenaggio.

RICCARDI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'ematologia della febbre tifoide.

Su questo argomento, che in Italia è stato trattato con ampiezza e competenza rare dal Giudiceandrea, pubblica un articolo riassuntivo J. Sabrazès (*Archives des maladies du coeur, des vaisseaux et du sang*, aprile 1925).

L'A. osserva che alla fine della prima settimana, l'esame ematologico può precisare la diagnosi della tifoide, mentre la sierodiagnosi non è ancora probativa e solo l'emocoltura può confermarla. In tale periodo, si ha come quadro caratteristico la

(1) La tecnica seguìta è stata quella di Lyon: Introduzione della sonda di Einhorn; iniezione nel duodeno attraverso questa alla distanza di 10-15 minuti in 3 volte consecutive di 75-45-30 cmc. di soluzione di solfato di magnesio al 33 %. Subito dopo le iniezioni gli autori ne fanno seguire lo svuotamento. Lavaggio del duodeno in seguito con 500 cmc. di liquido di Ringer.

leucopenia, che può scendere a 5.000-4.000-3.000 globuli bianchi per cmc. e, nei casi gravi, anche a 1.000. Relativamente scarsi sono i linfociti; la diminuzione è più marcata per i polinucleari neutrofili, mentre sono assenti gli eosinofili; il reticolo fibrinoso tenue appare, sotto il vetrino tardivamente (dopo 10 minuti).

Quando ci si trova dinanzi a tale reperto, si può discutere la diagnosi che è ancora in sospeso. La polmonite centrale con stato tifoso si accompagna a iperleucocitosi neutrofila; il reticolo fibrinoso sotto il vetrino è precoce ed abbondante. L'enterite banale porta con sè l'iperleucocitosi senza rarefazione degli eosinofili; una suppurazione nascosta (plurite purulenta, ascesso perinefritico) provoca una iperleucocitosi d'alto grado. L'angina eritematosa con aumento del volume della milza può non dare iperleucocitosi, ma gli eosinofili restano normali o sono più abbondanti. Nella meningite tubercolare, il numero dei leucociti è normale od aumentato e gli eosinofili diminuiscono senza scomparire.

Un'altra malattia che provoca leucopenia è l'influenza in cui pure scompaiono gli eosinofili; in tal caso, la tosse e l'arrossamento della gola metteranno sulla strada per la diagnosi. Rarissima è la leucopenia nella tubercolosi miliare, in cui l'iperleucocitosi è precoce ed intensa, con polinucleosi considerevole (80-90 %) assenza di eosinofili, e forte diminuzione del linfociti. Nelle setticemie cocciche, la leucopenia è eccezionale e la curva termica è tutt'affatto differente.

La leucopenia dura fino al quarto settenario. La quantità dei polinucleari neutrofili aumenta leggermente per 1-2 giorni, raramente fino all'ottavo; i nuclei mostrano modificazioni patologiche, picnosi, frammentazione, vacuolizzazione, con tendenza alle forme a bastoncino.

I linfociti verso la seconda settimana aumentano rapidamente, sicchè la loro percentuale oltrepassa quella dei polinucleari; alla convalescenza, la linfocitosi si attenua, ma è ancora accentuata. Gli eosinofili ricompaiono verso la terza-quarta settimana ed aumentano in seguito; l'eosinofilia permane a lungo.

Le ricadute sono contrassegnate da una nuova leucopenia e da linfocitosi relativa. Nelle complicazioni, si hanno modificazioni ematologiche, nel senso di leucocitosi con polinucleosi, quando vi siano associazioni microbiche.

La formola ematologica fornisce anche un indice pronostico. La prognosi è favorevole quando vi sia: 1) presenza di qualche eosinofilo nel primo settenario; 2) linfocitosi notevole ed aumento precoce degli eosinofili al terzo settenario; 3) diminuzione non molto spiccata dei polinucleari, in assenza di complicazioni che ne possano aumentare il numero; 4) linfocitosi crescente al periodo delle oscillazioni discendenti.

fil.

Valore diagnostico della formola leucocitaria nella tifoide e nella tubercolosi miliare.

La tubercolosi miliare e la tifoide presentano difficoltà notevoli per la diagnosi differenziale, poichè i sintomi su cui questa si basa sono spesso infedeli. Monange (*Strasbourg médical*, 20 maggio 1924) ritiene che informazioni importanti possono aversi dallo studio della formula leucocitaria. Nella tifoide, la leucopenia è sempre precoce; i linfociti sono aumentati di numero, gli eosinofili scompaiono, non si nota polinucleosi. Questa, invece, con debole leucocitosi, si osserva nella tubercolosi miliare acuta, in cui la formola leucocitaria non differisce da quella delle tubercolosi acute in genere. Ad ogni attacco evolutivo, si ha una leucocitosi con polinucleosi di breve durata a cui succede la mononucleosi. La persistenza della polinucleosi è di cattivo augurio. Alla leucopenia linfocitaria della tifoide, si oppone quindi la cifra quasi normale dei leucociti con polinucleosi della tubercolosi miliare; tale polinucleosi si riscontra peraltro anche in altre tubercolosi acute rapidamente mortali.

fil.

IGIENE.

Le malattie infettive nelle scuole.

La chiusura di una scuola o l'esclusione di uno scolaro in causa di malattie infettive è una misura che viene sempre male accolta dai genitori tanto più se, come può accadere per le scuole private, può insinuarsi il sospetto che il fattore economico possa avere influito sulle decisioni. Una pubblicazione fatta sotto gli auspici del Ministro della Sanità inglese (1) regola la procedura da seguirsi e le modalità di applicazione. La scuola può essere chiusa per ordine dell'Autorità sanitaria, ma anche per quello dell'Autorità scolastica, purchè su parere del medico scolastico. Il resoconto che di tale pubblicazione viene fatto in *Lancet* (28 marzo 1925) non ci dice quali criteri regolino l'esclusione nelle singole malattie, ciò che sarebbe invece stato interessante per noi, data la divergenza di opinioni che regna in materia. Risulta però che manca qualsiasi accenno alla prova di Schick nella

---

(1) Memorandum on Closure and Exclusion from School. H. M. Stationery Office, 1925; p. 32; prezzo 4 d.

difterite e che per quanto riguarda l'influenza, si richiede per la riammissione dell'alunno che un accurato esame del cuore e dei polmoni dimostri l'assenza di ogni complicazione latente, pratica teoricamente perfetta, ma impossibile da seguirsi specialmente in tempo di epidemia.

Per quanto riguarda la poliomielite acuta, si fanno vive raccomandazioni per l'osservazione dei casi senza paralisi, poichè non è rara l'evenienza che la paralisi si manifesti dopo la cessazione dei sintomi acuti. I casi con paralisi esigono una lunga esclusione dalla scuola e, meglio, l'invio a particolari istituti, in cui si prendano le misure necessarie per prevenire od almeno mitigare le conseguenze della malattia.

Per l'encefalite letargica, si raccomanda che l'alunno il quale presenti segni o sintomi di una forma lieve od abortiva, sia escluso per almeno sei settimane; quello che ha sofferto di una forma conclamata deve stare assente per non meno di sei mesi e, talora un anno e più. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

La chinotossina. — Al dott. P. C. da R. I.:

Che l'associazione di chinina e di aspirina possa dare origine ad un prodotto tossico, la *chinotossina*, è stato pubblicato più volte.

La leggenda della chinotossina è derivata dalla nozione che la chinina, scaldata con acidi deboli, come quello acetico o quello acetilsalicilico (aspirina), o con acidi minerali molto diluiti, si trasforma in un isomero, *chinicina;* in modo analogo la cinconina si trasforma in *cinconicina.* Questi fatti vennero scoperti da Pasteur nel 1853: fu il sommo biologo ad ottenere, individuare e denominare i due prodotti derivati. Una cinquantina d'anni dopo, nel 1895, Miller e Rhode prepararono le stesse sostanze per via un po' diversa, e le chiamarono *chininotossina* e *cinconitossina*, e globalmente *chinotossina;* se non che quest'ultimo nome era già stato dato 11 anni prima da Ostermeyer ad una sostanza totalmente diversa: quindi non poteva più essere adoperato in un senso nuovo senza ingenerare confusioni.

La chinicina è stata oggetto di varie ricerche. È risultato che essa non è sensibilmente più tossica della chinina; che si genera con estrema lentezza, almeno alle temperature ordinarie; che si trasforma ulteriormente in prodotti insolubili e inerti. Una soluzione di chinina ed aspirina, se non è preparata da molto tempo, non contiene quantità apprezzabili di tale derivato; alla lunga diviene torbida e rosso-bruna, ma allora si sono formati anche i prodotti inerti: non dev'essere adoperata non già perchè tossica, ma perchè poco attiva. Anche nello stomaco la trasformazione avviene solo in misura limitatissima e trascurabile. Questi rilievi sono consegnati in un lavoro di Soelmann (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 9 apr. 1921).

Di recente il problema è stato ripreso da Ruddiman e Lanwermeyer (*Journ. Amer. Pharm. A.*, nov. 1924). È risultato che una soluzione di aspirina e di solfato o bisolfato di chinina è ancora praticamente immutata dopo 6 mesi, alle temperature ordinarie; che solo adoperando l'alcaloide puro la trasformazione è rapida; che la mescolanza è più tossica della sola chinina, ma ciò avviene perchè l'aspirina accresce la tossicità della chinina e non già perchè si formi chinicina; che quando la soluzione è divenuta rosso-bruna e contiene chinicina, non si mostra più tossica della soluzione fresca.

Quanto si è detto per la chinicina può valere anche per la cinconicina.

L. VERNEY.

Diete decloruranti. — Al dott. M., abb. n. 2093-1:

La pratica della cura di declorurazione dimostra che alcuni soggetti si abituano senza grandi difficoltà all'insipidezza del regime e che altri, invece, non sanno rinunziare a soddisfare le normali sensazioni gustative. La dieta declorurata riesce in questi ultimi soggetti estremamente debilitante: il vitto senza sale viene assunto con disgusto, con invincibile anoressia, in proporzioni inadeguate ai bisogni integrativi dell'organismo, per cui si cade in uno stato di languore e di debolezza. È dunque importante di indicar loro che le altre spezie non sono contrarie al regime: sotto questo punto di vista, il pepe, l'aceto, il limone possono rendere dei preziosi servizi, al pari di certi alimenti a sapore forte come il sedano e il crescione. La gelatina, che i cuochi chiamano gelato di carne, può, se è preparata senza sale, essere utilizzata per dar sapore alle salse e ai legumi su cui si fa fondere. Impiegando ogni giorno 30 o 40 gr. di questa gelatina per le preparazioni culinarie ed aggiungendo al suo uso quello del targone, della cipolla, del sermollino, del lauro, del prezzemolo, si arriva a dare a certe pietanze un sapore che fa benissimo obliare l'assenza del sale.

Anche a sostanze saline si può ricorrere, purchè non abbiano naturalmente la stessa azione nociva del cloruro di sodio. Ottimo, sotto questo punto di vista, è il citrato di sodio, che ha lo stesso sapore, sebbene un po' meno sapido, del cloruro di sodio e che si può impunemente usare, aggiungendolo ai cibi, nella dose quotidiana di 6-10 grammi.

B. MASCI.

Blenorragia e matrimonio. — Al dott. L. T. da C.:

Nei casi di uretrite cronica nel cui essudato, anche dopo riattivazione con il nitrato di argento, non si riscontrino gonococchi, si può autorizzare il matrimonio allorchè l'essudato stesso non contenga, in modo assoluto e costante, elementi di pus, la prostata sia obbiettivamente normale ed il liquido prostatico, emesso dopo il massaggio o che vien fuori spontaneamente durante la defecazione o alla fine della minzione, sia esso pure privo di gonococchi e di cellule purulente.

V. MONTESANO.

Sclerosi dei corpi cavernosi. — All'abb. n. 6987:

La sclerosi dei corpi cavernosi del pene è affezione non molto rara e suol essere caratterizzata dalla deviazione dell'asta nello stato di erezione (così detto *strabismo del pene*). L'etiologia non è ben conosciuta: molti la mettono in rapporto con la diatesi artritico-uricemica, ma non si può escludere, almeno per alcuni casi, l'influenza della sifilide.

Le iniezioni di tiosinamina (fibrolisina) talvolta giovano: nei soggetti sicuramente sifilitici è bene associarle a cure specifiche.

V. MONTESANO.

Concorsi per medici prov. e medici di bordo. — All'abb. n. 6805-1:

Non sono attualmente indetti concorsi per medici prov. aggiunti o medici di bordo. I documenti che si richiedono sono i consueti. I concorrenti debbono sottostare ad esami sulla igiene generale e su quella speciale, sulla epidemiologia e la profilassi delle malattie infettive, sulla demografia e la legislazione sanitaria, sulla clinica medica e su una lingua straniera.

M. C.

Al dott. G. P. da M.:

Per ottenere copie autentiche di circolari o altro dai Ministeri occorre avanzare domanda allegando carta da bollo per le copie.

C.

VARIA.

Rimedi antichi e scienza moderna.

Noi sorridiamo spesso, e magari con aria di superiorità, delle strane e complicate ricette che gli antichi usavano per la cura di molte malattie e forse i lontani posteri non faranno altrimenti per le nostre nozioni, che, oggi, ci sembrano così salde. Del resto, la scienza moderna tenta di trovare una qualche base razionale per i sistemi di cura antichi, alcuni dei quali rimangono fra quei rimedi che il volgo, sempre tenace conservatore, adotta tuttora. E, siccome la scienza di moda oggigiorno è soprattutto la chimica fisica, è questa che si invoca per tale scopo.

Tutti sanno che uno dei più diffusi metodi volgari per la medicatura di una ferita è quello di urinarvi sopra. Ora, si osserva che anzitutto l'urina dell'uomo giovane è un liquido asettico e che, per l'elevata quantità di urea che contiene, crea una aspirazione osmotica superiore alla pressione osmotica del sangue e provoca quindi un lavaggio della ferita per essudazione di siero. Lo stesso fondamento hanno gli altri metodi volgari di medicazione delle ferite, quali sono l'applicazione di sale di cucina o di polvere nera da sparo. Il cloruro di sodio, come il salnitro contenuto nella polvere da sparo sviluppano essi pure una energica aspirazione osmotica che, per ogni grammo disciolto in 100 grammi di acqua, è di atmosfere 3.50 per il salnitro e di oltre 6 per il cloruro di sodio. Così pure lo sterco di uccelli, la pollina, che verrebbe usato in forma di cataplasmi nei cancroidi cutanei, agirebbe per l'aspirazione osmotica esercitata dall'acido urico, di cui tale sterco è ricchissimo.

Lo stesso miele, tanto usato nei mali di gola e da taluni vantato anche per l'ozena, agirebbe determinando un'aspirazione osmotica, per cui le mucose colano e fanno uscire dalle cripte i microbi che vi si erano annidati.

Per finire, si può ricordare l'effetto benefico che il dott. T. Rogier ha avuto occasione di osservare su di sè, per parte di un rimedio popolare. Per un patereccio, sviluppatosi in un dito mentre era bambino in seguito all'introduzione di una sverza, gli venne consigliata l'applicazione di una cipolla cotta sotto la cenere con cui, dopo levato il centro, venne coperto il dito. Il sollievo fu immediato, il patereccio si aprì, suppurò abbondantemente e guarì. Ora, osserva Rogier, la cipolla aveva agito per il calore, per l'umidità, ma soprattutto per l'aspirazione osmotica che sarebbe da attribuirsi al glucosio, che però, mi sembra sia contenuto in quantità troppo scarsa perchè gli si possa attribuire tale azione. Comunque, la cipolla cotta è usata comunemente dal popolino che trova in esso un rimedio abbastanza economico e non sospetta certamente di applicare in tal modo delle complicate leggi di chimica fisica. Certamente il principio della pressione osmotica è uno dei più interessanti e dei più importanti per una più precisa comprensione dei fenomeni vitali, anche se con esso non riusciamo a spiegare tutte le antiche e le moderne illusioni terapeutiche.

fil.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sull'opera in guerra dei professori delle facoltà mediche e chirurgiche delle Università italiane.

Durante la lunga guerra italo-austriaca (1915-18), i professori italiani di clinica medica e chirurgica funzionarono da consulenti del R. Esercito Italiano, col rango di generali medici nella zona territoriale e nella zona di guerra. Anche tutti gli altri professori e i liberi docenti delle specialità mediche e chirurgiche, aventi attinenza con la cura dei malati e feriti, o col servizio sanitario militare generale, funzionarono da consulenti, o da medici curanti, coi gradi di colonnelli, tenenti colonnelli e maggiori medici.

I professori di clinica chirurgica, in numero di dieci, funzionarono pure da direttori delle Commissioni centrali sanitarie. Essi, coadiuvati dai direttori di sanità militare dei rispettivi Corpi d'armata, dai relativi medici provinciali, o da un alto funzionario medico della Sanità pubblica, e da un capitano medico segretario, presiedettero, nei rispettivi Corpi d'armata, loro assegnati, alla istituzione dei numerosissimi ospedali militari di riserva, secondo le richieste dell'Intendenza dell'esercito mobilitato, scegliendo i locali, facendoli trasformare, secondo le indicazioni da loro fornite ai rispettivi Comandi di Corpo d'armata e per mezzo di questi alle Direzioni territoriali del genio militare. Provvidero inoltre all'arredamento completo dei nuovi ospedali militari di riserva e invigilarono attivamente infine sul loro funzionamento.

Come ispettore capo di sanità militare, prescelto dall'on. Salandra, presidente del Consiglio dei ministri, dopo un lungo colloquio avuto con esso, in seguito a sua richiesta, fui in grado di amminirare l'opera sanitaria meravigliosa, compiuta con la massima abnegazione, con competenza sublime, e col più grande disinteresse da quella numerosa falange di sommi clinici e scienziati italiani a totale beneficio dei gloriosi feriti e malati della lunga guerra.

Perchè io potessi funzionare da ispettore capo di sanità militare liberamente e con pieni poteri, alla fine di agosto 1915 fu emanato un decreto luogotenenziale, col quale si toglieva, durante la guerra, al ministro della guerra, l'onere di nominare il tenente generale medico in servizio attivo permanente e l'ispettore capo di sanità militare, perchè io non ero più in servizio attivo, ma richiamato dalla posizione ausiliaria, il 23 maggio 1915 e destinato all'Ispettorato di sanità militare.

Fui mantenuto in carica sino al 1° febbraio 1919 e per la mia anzianità nel 1916 ebbi tutte le competenze di generale di Corpo d'armata.

Fra i moltissimi provvedimenti igienico-sanitari adottati durante il mio lungo servizio d'ispettore capo, rammento con compiacenza l'ordine tassativo, diramato a tutti gli ufficiali medici della zona territoriale, di non eseguire alcuna operazione chirurgica, eccettuati i casi di somma urgenza, se prima non ne avessero avuto l'approvazione in consulto dai rispettivi professori universitari di clinica chirurgica, consulenti dell'esercito, come pure ingiunsi ai medici d'invocare il consulto dei professori universitari di clinica medica consulenti per tutti i casi gravi di malattie interne e il consulto degli altri professori universitari clinici consulenti per i feriti e malati gravi delle altre varie specialità mediche e chirurgiche.

Per la loro insuperabile opera scientifica, umanitaria e altamente benefica, i professori universitari delle facoltà di medicina e chirurgia, durante la guerra si resero *grandemente benemeriti della Patria.*

Roma, 24 maggio 1925.

Dott. CLAUDIO SFORZA
generale medico capo nella riserva.

Cronaca del movimento professionale.

Il 1° Congresso della Corporazione Sanitaria Nazionale.

La seduta inaugurale del Congresso, a cui sono intervenute le rappresentanze sindacali dei medici, veterinari, farmacisti, ostetriche, infermieri convenute da ogni parte d'Italia, ebbe luogo il 29 sc. nel *foyer* del Teatro Argentina.

L'on. Farinacci portò il saluto del Partito Fascista e la assicurazione che egli darà tutta la sua opera perchè le giuste aspirazioni delle classi sanitarie abbiano a realizzarsi.

Dopo applaudite parole dell'on. Lanfranconi, l'on. Rossoni espresse al Congresso tutta la solidarietà della Confederazione delle Corporazioni con le categorie iscritte nella Corporazione Naz. Sanitaria e riaffermò la volontà dei Sindacati Fascisti di partecipare attivamente alla vita dello Stato.

Quindi il prof. Pediconi con belle parole portò il saluto del R. Commissario di Roma ed espresse il desiderio perchè dall'importante congresso scaturissero le direttive dei più delicati problemi sanitari.

Seguì la relazione morale del dott. Fioretti il quale illustrò l'opera da lui svolta per la tutela

sindacale delle varie classi sanitarie e le direttive seguite per l'organizzazione e l'inquadramento dei vari Sindacati.

Si diffuse a parlare sulla riforma sanitaria facendo rilevare le difficoltà che la incompletezza e gli errori della legge hanno portato per la sua pratica applicazione, accennando specialmente alle quistioni del doppio elenco e a quella dell'autonomia dei servizi veterinari. Affermò la inutilità di una sollecita pubblicazione del regolamento per l'impossibilità di rimediare, per suo mezzo, agli errori della legge, propugnando un riesame e una modificazione della riforma sanitaria. Spiegò poi l'azione svolta dalla Corporazione per evitare l'introduzione in Italia dell'Assicurazione obbligatoria contro le malattie, sostenendo come per ragioni economiche e tecniche meglio convenga estendere la legislazione sanitaria italiana alle nuove provincie che non introdurre nelle vecchie provincie il sistema delle casse distrettuali. Espose il criterio che in ogni caso l'Assicurazione sulle malattie dovrebbe limitarsi a concessione di sussidi senz'assistenza sanitaria.

Parlò quindi sulla clinicizzazione degli ospedali a cui la Corporazione è rimasta contraria. Spiegò l'azione svolta presso il Presidente del Consiglio ed il Ministro della P. Istruzione per il ripristino della laurea nell'esercizio di odontoiatra. Affermò che la Corporazione si era sempre preoccupata promovendo un'azione per la repressione dell'esercizio abusivo; per l'introduzione di norme rigide per l'esercizio dei medici stranieri in Italia; ecc.

In quanto ai medici carcerari espresse il concetto che per essi venisse costituita una vera e propria carriera e s'integrassero i servizi sanitari negli stabilimenti di pena. Per i farmacisti parlò dell'ottenuta sospensione delle nuove tariffe farmaceutiche, dell'indennità alle farmacie rurali e della istituzione delle condotte farmaceutiche. Auspicò quindi che un'intima collaborazione tra medici e farmacisti portasse ad una diminuzione dello smercio di specialità rilevando la necessità che queste non possano essere vendute al pubblico senza ricetta medica. Parlò dell'azione svolta presso la Direz. di Sanità e quella di Pubblica Sicurezza per limitare la réclame di prodotti farmaceutici. Quindi illustrò l'azione svolta per impedire la costituzione di condotte mediche ferroviarie, quella per la promulgazione della nuova legge sui manicomi e l'opera tenace sua e di tutti i Sindacati nazionali per risolvere la questione delle pensioni ai sanitari anziani con l'elevazione del sussidio che lo Stato attualmente concede alla Cassa di Previdenza dei Sanitari; in proposito accennò anche all'opera svolta perchè nei capitolati venisse accettata dai Comuni l'integrazione della pensione. Dopo aver parlato del suo intervento presso quasi tutte le Prefetture del Regno per la stipulazione dei capitolati e dopo aver esposto lo stato attuale dei rapporti tra la Corporazione e le Federazioni dei Comuni fascisti, spiegò al Congresso l'atteggiamento e l'opera della Corporazione in riguardo ai problemi delle ostetriche e degli infermieri, richiedendo per questi il ripristino delle 8 ore di lavoro e la necessità di un diploma di Stato. Quindi si diffuse a parlare dell'atteggiamento da lui assunto riguardo alla Federazione degli Ordini dei medici e farmacisti e sulle ragioni che lo avevano consigliato a trarre fuori delle Federazioni gli Ordini conquistati dai Sindacati e concluse che qualunque fossero per essere le decisioni in merito del Congresso, si doveva esigere che all'ombra delle Federazioni non si preparasse la lotta contro la Corporazione. Infine disse le ragioni che lo avevano consigliato a scegliere l'attuale sistema d'inquadramento della Corporazione e a non accogliere il criterio della unicità dei Sindacati medici.

Dopo breve discussione la relazione venne approvata ad unanimità.

Il Congresso seguì i suoi lavori nei giorni 30 e 31 maggio.

Animatissima fu la discussione sull'applicazione della nuova legge sanitaria, lamentandosi vivamente che purtroppo non viene convenientemente applicata, perchè ad essa spesso frappongono ostacoli specie i Comuni fascisti che scorgono in essa una menomazione della loro autonomia e un privilegio per i sanitari, mentre ciò non è affatto, in quanto lo scopo è quello di disciplinare gli interessanti servizi sanitari con criteri tecnici ed equitativi.

Il Congresso al riguardo approva ad unanimità un O. d. G. col quale si fanno voti perchè il Governo Nazionale intervenga con tutta energia a far sì che la legge venga applicata in tutta la sua estensione, e perchè la Direzione del Partito fascista interponga i suoi buoni uffici.

Circa lo statuto della Corporazione, il Congresso unanime delibera di demandarne la compilazione definitiva al Direttorio, accettando il concetto espresso dal dott. Fioretti e corroborato dall'on. Rossoni, che tutte le cariche devono essere elettive.

Sulla questione dei rapporti tra Sindacati e Federazioni degli Ordini sanitari, si nota subito una notevole corrente favorevole alla relazione di Fatichi (esponente dei medici condotti), di lasciare liberi gli Ordini distaccati di rientrare nella Federazione degli Ordini. Dopo una serena discussione viene approvato il seguente ordine del giorno:

« Il Congresso della Corporazione Sanitaria Nazionale trattando dei rapporti tra Federazione degli Ordini e Sindacati Nazionali, afferma che le Federazioni degli Ordini non debbano esplicare iniziativa ed azione sindacale e dà mandato al Direttorio della Corporazione di dare le opportune sue disposizioni ad ogni categoria per la tutela del principio e dell'azione sindacale delle Corporazioni fasciste ».

Sul tema della « Provincializzazione dei servizi sanitari » il Congresso solennemente ne afferma il principio e fa voti che il Governo confermi e traduca in atto questa vivissima aspirazione delle classi sanitarie.

Sul tema « Sindacalismo politico », sviluppato

dal dott. Montano, si conclude riaffermando la necessità che i Sindacati seguano le direttive del Partito Nazionale Fascista.

Il dott. Fatichi riferisce sulla necessità di pubblicare un giornale della Corporazione, necessità che il Congresso riconosce; si dà mandato al relatore di fare i necessari passi a che il progetto venga presto attuato.

Su proposta del dott. Genta di Padova, il Congresso fa voti a che il Governo voglia rendere obbligatoria l'indennità caro-viveri per tutti i funzionari degli enti locali.

Su proposta dei dottori Campani e Ronzano il Congresso fa voti affinchè gli Ospedali, come già avviene pei Sanatori e per tutti gli altri servizi sanitari, passino alla dipendenza della Direzione della Sanità Pubblica, riunendo così finalmente sotto di essa tutti i servizi sanitari del Regno.

Il dott. Buonsanti propone, ed il Congresso approva, che si invitino le superiori gerarchie a studiare il progetto per la istituzione di una Cassa di Previdenza per i medici liberi esercenti.

Sulla questione delle Assicurazioni obbligatorie malattie, il Congresso delibera di richiedere al Governo che la legge italiana venga estesa alle nuove provincie, poichè non si crede che una modificazione sulla base assicurativa dell'assistenza sanitaria abbia probabilità di successo e possibilità di applicazione in Italia, dove le popolazioni si sono abituate al sistema delle condotte, e dove, specie nei paesi ad economia rurale, sarebbe impossibile applicare l'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

Il dott. prof. Dentice, direttore del Mattatoio di Napoli, svolge un tema che interessa la economia nazionale, riguardante le carni congelate in rapporto alla zootecnia italiana ed al caro-viveri. Sostiene che la importazione e il consumo delle carni congelate debbano essere contenuti entro giusti limiti, evitandosi dannosi protezionismi di *trust*.

Dopo la relazione del dott. De Matteis, il Congresso riafferma unanime il concetto che il veterinario moderno non debba essere orientato soltanto verso il lato sanitario, ma debba esplicare azione anche nel campo zootecnico.

Il Congresso approva i voti delle ostetriche tendenti ad ottenere col riconoscimento giuridico dei Collegi professionali una migliore comprensione da parte dei sanitari delle necessità del loro esercizio professionale.

Vengono quindi approvati molti altri ordini del giorno riguardanti i Medici della Marina Mercantile, i Farmacisti rurali, i Direttori di Ospedali, gli Stomatologi, gl'Infermieri. Per questi ultimi si delibera di richiedere al Governo la diminuzione dell'imposta di ricchezza mobile nella misura accordata ai ferro-tramvieri, ed il ripristino delle *otto* ore di lavoro.

Finita la discussione dei molteplici temi, viene eletto alla carica di Segretario Generale per acclamazione con 18,343 voti il dott. A. Fioretti che è vivamente applaudito ed egli commosso ringrazia tutti e promette che ancora e sempre le sue energie saranno dirette a rinsaldare i vincoli dei sanitari italiani per condurli alle conquiste cui essi giustamenti aspirano.

Un voto di plauso viene approvato da tutti per il dott. Gazzella, vice segretario generale, e per tutto il Direttorio.

L'on. Rossoni, molto applaudito, si associa al voto dell'Assemblea, e si dice lietissimo che il dott. Fioretti abbia raccolta, così meritatamente, tanta simpatia e stima dalle classi sanitarie.

In ultimo il Congresso delibera di inviare un telegramma di devozione a S. M. il Re per il 25° anniversario della sua assunzione al Trono, ed altri telegrammi a S. E. il Presidente del Consiglio, a S. E. Federzoni Ministro dell'Interno, a S. E. Teruzzi sottosegretario all'Interno, e all'on. Farinacci Segretario Generale del Partito.

Dott. TRULLI.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Difesa meccanica contro la malaria.

Con D. M. in data 28 febbraio 1925 sono approvate nuove istruzioni per l'impianto ed il funzionamento dei mezzi meccanici di difesa contro la penetrazione degli insetti aerei nelle abitazioni e nei ricoveri, indicati dall'art. 162 del T. U. leggi sanitarie, in sostituzione di quelle approvate con D. M. 12 giugno 1902. -

Le nuove istruzioni sono dettagliate e precise e si conformano alla tecnica dimostratasi più efficiente e più pratica.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGGIUS (*Sassari*). — Scad. 22 giu.; L. 9500 e 3 sessenni decimo; L. 2500 cavalc.; L. 1000 arm. farm.; L. 800 uff. san.; tassa conc. L. 50.10.

ALESSANDRIA (*Egitto*). *Conseil Sanitaire Maritime et Quarantenaire d'Egypte*. — Capo del Laboratorio batteriologico di Suez; lire egiziane 1125 e bienni fino al massimo di L. E. 1310. Richiedesi esperienza effettiva sulla peste e sul colera e di aver lavorato in località ove queste malattie sono esistite. Età minima 30 a. Dopo prova favorevole proposta di stabilità a partire dal bilancio di aprile 1926; probabile diritto a pensione. Divieto di esercizio privato. Indicare le lingue che si conoscono. Per domande e informazioni rivolgersi alla Presidenza. Scad. 30 giu.

ANCONA. *Manicomio Provinciale*. — Il concorso a medico praticante interno (assegno L. 5000, vitto ed alloggio personale) è prorogato al 30 giugno. Per chiarimenti rivolgersi alla Direzione dell'Istituto.

ANTICOLI CORRADO (*Roma*). — Scad. 50 gg. dal 18 mag. Età lim. 40 a. Tassa L. 50 all'Esattore Consorziale. Condiz. capitolato sanit. approv. G. P. A. Per uff. san. L. 300; per arm. farm. L. 200; per disag. resid. L. 500. Pov. 1000. Serv. entro 20 gg. Ritrovo villeggiatura.

BEDIZZOLE (*Brescia*). — Scad. 25 giu. Reparto a sera. Stip. L. 9000 e 6 quinq. decimo; c.-v.; lire 3000 cav.

BELLANO (*Como*). *Ospedale.* — Cercasi chirurgo generico; L. 7000, e interessenze (75% atti operativi; 60% proventi radiologia; proventi laboratorio; L. 5 al giorno per ogni degente). Esercizio professionale libero. Tre anni di prova. Ospedale di circolo, per 25 Comuni, con 35 letti aumentabili. Rivolgersi all'Amministraz.

BIELLA (*Novara*). — Consor. sanit. Tollegno-Pavignano; L. 7000 oltre c.-v. L. 1200, e uff. san. L. 500. Rivolgersi segret. com. di Biella, sede Consor. Scad. 25 giu.

BIELLA (*Novara*). *Ospedale degli Infermi.* — Assistente alla Sez. chirurgica. Titoli ed eventualm. esami. Età massima anni 27; termine 30 giugno; assunzione servizio regolare 15 giorni dopo la notifica della nomina. Alloggio in Ospedale. Per schiarimenti rivolgersi all'Amministrazione del Pio Ente.

BOLOGNA. *Deputaz. Provinciale.* — Medico dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale in Imola; età lim. 35 a.; L. 11,900 oltre supplem. serv. attivo L. 1500, c.-v., 6 aumenti periodici di un decimo; tassa L. 50. Scad. 18 giugno.

CARCERI (*Padova*). — Al 30 giu.; ab. 2403; pianura; L. 9000 per 1000 iscr.; addizion. L. 5; cinque quadrienni dec.; c-.v.; trasp. L. 3000 se cav., L. 1600 se motoc., L. 800 se bic.; L. 500 uff. san. Diploma di autorizzaz. all'esercizio profess. Docum. a 6 mesi, penale a 3 mesi. Età lim. 40 a. Chiedere annunzio.

GROSSETO. *Congreg. di Carità.* — A tutto il 30 giu., aiuto medico e aiuto chirurgo nel R. Spedale della Misericordia. Vedi fasc. 22.

MANCIANO (*Grosseto*). — 1ª condotta (capoluogo); L. 10,000 con dieci trienni ventesimo oltre L. 1500 assegno rivedibile; scad. 5 luglio. A domanda sarà inviato avviso integrale.

MORINO (*Aquila*). — A tutto il 30 giu., per Rendinara; L. 10,500. Buona cond. a 4 mesi, penale a 3 mesi. Serv. entro 20 gg.

NONANTOLA (*Modena*). — Seconda condotta. Scadenza 30 giugno. Vedi fasc. 23.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Primario medico per malati di tub. polm.; L. 4000 (*sic*) annue, esclusa qualsiasi indenn. c.-v. Scad. ore 18 del 30 giu. Età massima 40 a. al 25 mag. (elevabile a 50 per primari effettivi in spedali di capoluoghi di provincia). Tassa L. 50 alla Tesoreria. Docum. a 2 mesi. Nomina e 3 conferme quinquennali. Serv. entro 15 gg. L'amministr. si riserva di dichiarare nullo il conc. qualora negli aspiranti non ravvisasse tutti gli elementi di competenza e di coltura che si ritengono indispensabili per il posto. Chiedere annunzio.

PIEVEBOVIGLIANA (*Macerata*). — Al 30 giu.; lire 9000 e 3 quadrienni dec. oltre c.-v.; indenn. trasp. (L. 2500 se cavallo o mulo, L. 1500 se motocicl., L. 500 se bicicl.; qualora i mezzi di trasporto non siano proprii, non oltre L. 1000); L. 600 uff. san. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10 al tesoriere com. Accettaz. entro 8 gg., serv. entro 30. Ab. 2134 su 2625 ha. Chiedere annunzio.

POGGIO BERNI (*Forlì*). — Scad. 20 giu.; L. 9000 e 10 bienni ventes., oltre L. 1000 uff. san., L. 4000 cavalc., 1° c.-v. e metà del 2°. Tassa L. 50.

ROMA. *Ministero delle Comunicazioni.* — Concorso per esami e per titoli fra laureati in medicina, a 6 posti di Allievo Ispettore in prova nell'Amministrazione delle Ferrovie dello Stato. Domanda non più tardi del 6 luglio, alla Direzione Generale delle Ferrovie dello Stato (Servizio personale ed affari generali) su carta da bollo da L. 3 corredata dei seguenti documenti: *a*) certificato di nascita: età non superiore a 30 anni e 35 per coloro che abbiano prestato servizio militare in zona di operazioni; *b*) certificato di cittadinanza italiana; *c*) certificato dell'ufficio del Casellario giudiziario; *d*) certificato di buona condotta; *e*) congedo militare; *f*) fotografia con la firma autenticata da un pubblico ufficiale a ciò autorizzato; *g*) diploma originale di laurea; *h*) certificati delle classificazioni ottenute negli esami speciali ed in quelli di laurea; *i*) certificati di esercizio pratico medico-chirurgico o in ospedale o titoli equipollenti; *l*) certificati riguardanti altri studi comprovanti la conoscenza di lingue estere; opere o memorie eventualmente pubblicate. Certificati a tre mesi. Ricevuta dell'Ufficio del Registro comprovante pagamento tassa di concorso in L. 50. Nella domanda l'aspirante dovrà dichiarare se abbia già prestato servizio od anche solo concorso ad impiego, subita visita sanitaria o sostenuto esami presso questa od altra Amministrazione ferroviaria; in caso affermativo specificare le date e le località relative al posto per il quale esso abbia concorso ed il risultato delle pratiche fatte. Non potrà essere ammesso al concorso chi sia stato destituito, revocato o licenziato per motivi disciplinari dall'Amministrazione delle Ferrovie dello Stato o da altre Amministrazioni ferroviarie o pubbliche, come pure chi sia stato esonerato o si sia reso dimissionario dal servizio dell'Amministrazione ferroviaria dello Stato. Indicare nella domanda se s'intendano sostenere esami facoltativi sulle lingue estere (francese, inglese, tedesca).

Le prove di esami obbligatorie saranno scritte ed orali e consisteranno: in una prova scritta di medicina; in una prova scritta di chirurgia; in una prova orale sulle materie seguenti: *a*) Patologia e clinica medica e chirurgica; *b*) Igiene e polizia sanitaria; *c*) Legislazione e organizzazione sanitaria generale dello Stato e speciale delle Ferrovie e sulle Assicurazioni sociali. La prova orale di cui alle lettere *b*) e *c*) sarà limitata a temi specificati nei programmi. La prova facoltativa nelle lingue estere consisterà in un esame scritto ed in un esame orale. A parità di voti sarà preferito il concorrente che sia invalido od orfano di guerra, o che abbia riportato ferite in combattimento, o che sia figlio di invalido di guerra; o che sia insignito di medaglia al valore militare; o di altra attestazione speciale di merito di guerra; o che abbia prestato servizio militare come combattente; o che abbia già prestato servizio lodevole nell'Am-

ministrazione delle FF. SS. in qualità di avventizio, oppure il più anziano di età.

I primi sei della graduatoria saranno dichiarati vincitori del concorso e saranno nominati allievi ispettori in prova pei servizi sanitari dell'Amministrazione FF. SS. con lo stipendio annuo lordo di L. 10,900 oltre il supplemento annuo lordo di L. 2100 a sensi del R. decreto-legge 7 aprile 1925, n. 405 e l'indennità di caro-viveri. Lo stipendio come sopra sarà corrisposto dalla data della effettiva entrata in servizio di prova. Gli allievi ispettori in prova non potranno essere nominati stabili se non avranno compiuto un anno di effettivo servizio di prova entro il quale dovranno dimostrare la idoneità alle funzioni cui saranno stati assegnati, secondo è stabilito dall'art. 26 del Regolamento del personale approvato con R. decreto-legge 7 aprile 1925, n. 405.

L'Amministrazione si riserba la facoltà, per i posti di allievo ispettore pei servizi sanitari dell'Amministrazione che si rendessero vacanti entro un anno dalla data di approvazione della graduatoria, di coprirli, seguendo sempre l'ordine della graduatoria, con concorrenti dichiarati idonei, sempre quando mantengano i requisiti richiesti ed esibiscano i certificati di cui alle lettere *c*) *e d*) del numero 2 del presente avviso con data non anteriore di 30 giorni al mese nel quale i concorrenti siano invitati a prestare servizio.

Per i programmi dettagliati e per il testo della domanda rivolgersi alla Direz. Gen. Ferrovie dello Stato in Roma (Serv. Personale e Affari Generali).

S. VALENTINO TORIO (*Salerno*). — Scad. 30 giu. Stip. 6500 e 4 quadrienni decimo.

TARANTO. *Brefotrofio Provinciale*. — Direttore; età mass. 45 a. salvo per chi si trovi in servizio presso altre Amministr. Comunali, provinciali o statali; L. 12,000. Tassa conc. L. 50. Scad. 25 giu.

TAVENNA (*Campobasso*). — L. 6500; ab. 2090 riuniti; pov. 200. Scad. 30 giugno.

VILLALATINA (*Caserta*). — L. 7000; cinque quadrienni decimo; L. 500 uff. sanit.; L. 1400 cav.; L. 1200 c.-v. Età massima 40 a. Scad. 12 luglio. Schiarimenti dalla Segreteria.

ZOGNO (*Bergamo*). — Proroga a tutto il 20 giu.

Medico-chirurgo, provvisto ottimi titoli, attualmente titolare condotta paese di montagna, desidererebbe buon interinato, preferibilmente paese sul mare, per la salute dei figli, con popolazione riunita. Indirizzo: Campasso — via Candia, 135, Roma.

CONCORSI A PREMIO.

Premio Cagnola.

Presso il R. Istituto Lombardo di Scienze e Lettere è aperto il concorso a un premio della Fondazione Cagnola, dell'importo di L. 2500 e medaglia d'oro di L. 500, per una scoperta ben provata sulla cura della pellagra o sulla natura dei miasmi e contagi. Scad. ore 15 del 31 dic. 1925. Rivolgersi alla segreteria (palazzo Brera).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il prof. Felix Terrien è chiamato alla cattedra di oftalmologia di Parigi a successore del suo maestro prof. De Lapersonne.

Per la cattedra di Clinica pediatrica nella Regia Università di Cagliari la Commissione della Facoltà propose la terna: Borrino Angiola, Devilla Salvatore, Frontali Gino; la Commissione giudicatrice ha designato: 1) Frontali, 2) Borrino.

Per la cattedra di patologia medica nella R. Università di Pavia la Commissione della Facoltà propose la terna: Galdi Francesco, Gasbarrini Antonio, Morelli Eugenio; la Commissione giudicatrice ha designato: 1) Morelli, 2) Galdi, 3) Gasbarrini.

Per la cattedra di radiologia, elettrologia e terapia fisica nella R. Università di Pavia la Commissione della Facoltà propose la terna: Perussia Felice, Serena Mario, Siciliano Luigi; la Commissione giudicatrice ha designato: 1) Perussia, 2) Siciliano.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Il Congresso-Esposizione antitubercolare di Napoli.

Il Congresso-Esposizione antitubercolare tenutosi a Napoli negli ultimi giorni di maggio per iniziativa della benemerita Federazione Nazionale per la lotta contro la tubercolosi, ha conseguito un pieno e brillante successo non solo per il numero e per il valore degli intervenuti, e per le importanti relazioni e studi ai quali ha dato occasione, ma anche per l'azione unificatrice che ha potuto svolgere fra i vari Enti nazionali che hanno per scopo la lotta antitubercolare.

Dopo la seduta inaugurale del 25 maggio — resa solenne dall intervento di S. E. l'on. Teruzzi, in rappresentanza del Capo del Governo, dell'Em.mo Cardinale Arcivescovo Ascalese, del presidente federale on. Paolucci e del commissario di Napoli on. Geremicca — i lavori del Congresso hanno proceduto con la massima alacrità, intramezzati da visite alle varie istituzioni antitubercolari partenopee.

Pieni d'interesse i rapporti ufficiali esposti dai proff. Vitali di Venezia, Banfi di Ornago e Bertolini di Prasomaso, rispettivamente sulla climatoterapia della tubercolosi al mare, in pianura ed in montagna a quello di viva attualità del prof. Sivori di Genova, circa la vaccinazione antitubercolare nell'uomo, che ha prodotto un animato e dotto dibattito tra i principali tisiologi italiani, che si può dire tutti, senza eccezione, hanno preso parte al Congresso.

Oltre che per la presenza dei rappresentanti delle maggiori Associazioni ed Opere antitubercolari italiane e dei sommi esponenti della clinica e dell'igiene, la riunione di Napoli ha avuto poi una speciale importanza per l'intervento di competenti studiosi del problema tubercolare anche dal punto di vista economico e sociale. La parte

che nella lotta contro il morbo spetta ormai ai Consorzi provinciali antitubercolari e la necessità che queste istituzioni si sviluppino in maniera adeguata è stata infatti oggetto di una elaborata relazione da parte dell'on. Girolamo Orefici, presidente del Consorzio di Brescia, e l'ampia ed illuminata discussione che ne è seguita ha valso a porre in chiaro la necessità che in seno alla Federazione Nazionale si formi una speciale unione dei Consorzi provinciali e circondariali, che potrà avere la massima importanza nell'ulteriore svolgimento dell'azione antitubercolare in Italia.

Nel campo scientifico si è addivenuto nel Congresso di Napoli alla fusione dell'*Associazione Italiana per gli Studi della tubercolosi* con la Federazione, nel senso che l'Associazione suddetta, presieduta com'è noto dall'illustre senatore Maragliano, rappresenterà d'ora in avanti in Italia ed all'Estero la Sezione scientifica federale.

A Napoli si sono infine gettate le basi, preponenti ed auspici il prof. Breccia, il prof. Fagiuoli, il dott. Del Bue ed altri, di un'Associazione antitubercolare dei medici condotti, aderenti alla Federazione Nazionale.

La divisa della Federazione « *Viribus Unitis* » ha quindi finalmente trionfato a Napoli, e questo trionfo e questa unione fanno bene auspicare per il futuro

Di tale concetto unitario fa fede il risultato della votazione per le elezioni del nuovo Consiglio federale che si è affermata sui nomi dell'on. Paolucci quale Presidente generale, dell'on. Maragliano, quale Vice-Presidente per la parte scientifica, dell'on. Orefice, quale Vice-Presidente per la parte sociale, e dei Consiglieri prof. Ferrannini di Napoli, Fici di Palermo, Ilvento di Roma, Malan di Torino, Roatta di Firenze, Ronzoni di Milano; sono stati confermati in carica il Segretario generale prof. Mendes e il Cassiere dott. Della Seta.

Anche la Mostra annessa al Congresso ha rappresentato una novità veramente ben riuscita: tutti i principali congegni ed opere antitubercolari italiane avevano mandato ampio materiale dimostrativo: fotografie, plastiche, diagrammi ecc. mentre un'importante parte dell'Esposizione era riservata alle Case industriali produttrici di presidii sanitari, di strumenti terapeutici e diagnostici, d'impianti radiologici ecc.

Molto ammirate le nuove films originali di propaganda antitubercolare edite dalla Federazione e le altre che pure sono state proiettate dal prof. Israeli di Trieste, dal prof. Comisso di Valdoltra, dal prof. Levi di Roma, dal prof. Redaelli di Legnano ecc.

Il Congresso si è chiuso con l'approvazione di vari ordini del giorno, tra i quali uno di notevole importanza auspicante, come programma massimo, la formazione di un fronte unico sia nella raccolta quanto nella erogazione dei fondi destinati alla lotta antitubercolare e come programma minimo, di immediata attuazione, l'ampiamento delle funzioni e del finanziamento dei Consorzi provinciali antitubercolari.

M. G.

NOTIZIE DIVERSE.

Le onoranze centenarie a Charcot.

Riservandoci di pubblicare un resoconto delle onoranze a Charcot e del Congresso internazionale di nevropatologia tenuto contemporaneamente, diamo intanto l'indirizzo presentato al Presidente dell'Accademia Medica di Parigi dal prof. G. Mingazzini, delegato dal Governo italiano:

Salutem vobis, qui hic adestis, Romae nomine dicere; vobis gloriosi huius Archigymnasii collegae, qui ad memoriam Joannis Charcottii quot adsumus humanissime convocastis, gratias agere plurimas, gratissimum est.

Cum adulescentes medicinae studiis operam daremus ex magistris nostris illud Fantonii, viri doctissimi, saepe audivimus « obscuram esse cerebri texturam, obscuriores morbos, obscurissimas functiones ». Nullum hominibus ex nervis laborantibus auxilium afferri: cerebrum templo septem clauso sigillis comparari solebat.

Sed quemadmodum Galenus Romae in templo Pacis anatomicam artem diu publice quondam exercuit; quemadmodum Morgagnius in Archigymnasio Patavino eorum corpora qui, morbo aliquo tentati, mortui essent cotidie fere inspicere consuevit; sic Joannes Charcotius, nocturna ad diurna manu medicinae res versans, auxilium anatomice artis semper adhibuit; cum sine ea sibi persuasisset nullam esse posse doctrinam nervorum. Unde factum est ut, quo erat ingenio maximo et paene divino, cerebri medullaeque morbos detegeret. Qua in re non Galliae modo sed totius orbis terrarum iure et habetur magister et semper habebitur.

Nos igitur memoriam summi viri cui nullum par elogium, hic solemniter celebrantes, diem festum agimus et humanitatis et doctrinae. (Quod bonum, faustum, felix fortunatumque sit).

Biblioteca internazionale per la lotta contro la tubercolosi.

Il Consiglio Direttivo dell'Associazione Genovese contro la Tubercolosi — di cui è nota l'attività molteplice e senza esempi, promossa dal compianto Camillo Poli — ha deliberato d'istituire una Biblioteca internazionale della lotta contro la tubercolosi. La biblioteca non avrà lo scopo di raccogliere pubblicazioni e documentazioni di biologia, patologia e clinica, ma solo di azione pratica, con riferimento a tutti i Paesi civili.

La presidenza dell'Associazione si è rivolta al nostro Ministero degli Esteri, affinchè, pel tramite delle RR. Ambasciate italiane presso i Governi esteri, promuova la raccolta del materiale desiderato dai Governi, dagli Enti minori e da Istituzioni private. Il Ministero ha risposto con lettera di protocollo n. 214571-265, informando di avere — in considerazione del fine benefico che la Associazione si propone — disposto affinchè le Regie Rappresentanze Diplomatiche favoriscano, per quanto sarà possibile, la raccolta di materiali per l'istituenda biblioteca.

Lega Italiana contro il pericolo venereo.

Si adunò i giorni 8 e 19 febbraio in Roma. Fu approvato nelle linee generali uno schema di memoriale redatto dai proff. Montesano e Levi, da presentarsi alla Direzione Generale di Sanità Pubblica.

Il prof. Capasso presentò una relazione sul programma per la sistemazione della Lega e per darle il necessario incremento. All'uopo presentò un progetto di piccolo libretto, contenente norme giuridiche, igieniche, ecc., che dovrebbe essere distribuito, per parte di ogni singolo Comune, a tutte le coppie di sposi prima del loro matrimonio, mediante il versamento di una piccola tassa, di cui una parte dovrebbe essere devoluta a favore della Lega Italiana contro il pericolo venereo. Su proposta dello stesso prof. Capasso si stabilì di iniziare le pratiche per ottenere il riconoscimento della Lega in Ente Morale.

Congresso nazionale degli igienisti.

Si è adunato in questi giorni in Sardegna l'annunziato 3° Congresso della Società Italiana per l'Igiene. Prossimamente ne daremo un resoconto.

Consorzio antitubercolare provinciale di Milano.

Il 17 maggio si adunò l'assemblea generale del Consorzio, nella sala del Consiglio Provinciale. Dalla relazione morale risultò che durante il 1924 furono provviste oltre 50,000 giornate di ricovero in sanatori e ospedali-sanatori della provincia, col concorso finanziario del Consorzio; che furono messi in attività nuovi Dispensari in Provincia (17 funzionanti) e si provvide alla sistemazione ed impostazione di altri fino al previsto numero di 30. Anche il Sanatorio di Cannobio sta allestendosi con alacrità e si confida che sarà completo entro il 1926.

Furono proposte cattedre di Igiene infantile nei capoluoghi di circondario e si provvide a ricoverare nella Clinica De Marchi i figli neonati da donne tubercolotiche. Fu assegnato un contributo per lo studio della vaccinazione antitubercolare tipo Calmette e si istituirono conferenze di istruzione per ispettrici dispensariali e medici, d'accordo con la Cassa di Previdenza e colla R. Università. Si propose, d'accordo tra Comitato Lombardo e Consorzio Prov. Antit., la propaganda a mezzo della cinematografia. Furono presi accordi coi datori e assuntori di lavoro per il concorso all'opera antitubercolare. Il Consorzio che è stato reso obbligatorio nel 1924 con l'elevamento della quota a L. 0.25 per abitante, ha un bilancio di L. 700,000 circa aumentato da elargizioni della Cassa di risparmio e della Cassa di Previdenza Sociale, col quale può far fronte ai sempre crescenti impegni per sussidi ai Dispensari e alle Opere antitubercolari tutte.

Conferenze di eugenica.

Ad iniziativa della Reale Società Italiana d'Igiene, va svolgendosi a Milano un ciclo di conferenze su argomenti di eugenica, a cura dei proff. Luigi Zoia, Serafino Belfanti, Giuseppe Antonini, Domenico Medugno, Luigi Bellezza, Cesare Cattaneo; iniziatosi il 26 maggio, il ciclo si chiuderà il 18 giugno.

Propaganda antialcoolista nelle scuole del Veneto.

Ad iniziativa del provveditore agli studi per il Veneto (province di Venezia, Verona, Vicenza, Treviso, Belluno e Padova), è stata estesa ed intensificata la propaganda antialcoolista in quelle scuole elementari — secondo norme precise — tra cui l'istituzione di una «settimana antialcoolista», durante la quale tutti gli esercizi scolastici devono esser diretti a fissare nella mente degli alunni i danni cagionati dall'alcool e la necessità di evitarli. Ai maestri si offre materiale adatto di propaganda e di studio.

Elargizioni e lasciti.

Il conte Francesco Materazzo ha inviato da San Paolo del Brasile all'on. Federzoni, in occasione del 25° anniversario di regno di V. E. III, la somma di un milione, di cui 600,000 destinate al fondo di risanamento contro la malaria e 400,000 per fini d'arte. L'on. Federzoni ha risposto esprimendo il suo compiacimento e il suo plauso al generoso e benemerito cittadino che onora oltre Oceano il lavoro e il patriottismo degli italiani.

*
* *

Il gr. uff. Lora, di Biella, morto a Torino, un industriale che ha svolto la sua vasta e fortunata attività nella Repubblica Argentina, ha lasciato 1.800,000 pesos in beneficenza, equivalenti a 18 milioni di lire it., tra cui 400,000 agli ospedali italiani di Buenos Aires, 150,000 per la costruzione di un ricovero notturno per i poveri nella stessa città ecc.; nelle disposizioni testamentarie sono anche ricordate, per cospicue somme, parecchie istituzioni del Biellese.

Il prof. S. Ottolenghi in America.

Si è chiusa a New York la Conferenza internazionale di polizia. È stato festeggiato con speciale deferenza il prof. Salvatore Ottolenghi, delegato italiano per la polizia scientifica.

In onore del prof. Moglie.

Il prof. comm. Giulio Móglie, che ha prestato per lunghi anni servizio medico presso i vigili di Roma, è stato recentemente collocato a riposo. In tale occasione, per testimoniargli la gratitudine del Corpo, gli è stata offerta una medaglia d'oro e un'artistica pergamena miniata dal prof. Cellini e contenente un'affettuosa dedica e i nomi di tutti gli offerenti.

Lotta contro la tubercolosi ad Arcachon.

La città di Arcachon, in Francia, ha ridotto la mortalità per tubercolosi a 15 per 10,000 ab., contro 27.7 delle altre città francesi della stessa popolazione.

Questo risultato viene attribuito a misure igieniche d'ordine generale: lotta contro la mortalità e la predisposizione infantili, contro le malattie veneree, contro la malaria, sorveglianza sulle sostanze alimentari e sulle bevande, propaganda igienica nelle scuole.

Condanna di un alienista.

Il Tribunale di Versailles ha condannato a 50,000 franchi di danni e alle spese il direttore di una Casa di salute, imputandogli la responsabilità di non aver saputo impedire che una ricoverata con diagnosi di « nevrastenia » si allontanasse, dopo di che ella si suicidava gettandosi nella Senna.

Il giudizio è stato promosso dal vedovo, il quale aveva chiesto 200,000 franchi di danni.

Misure contro una specialità ciarlatanesca.

Con decreto 13 maggio del Ministero dell'Interno è stata proibita la vendita al pubblico in tutto il Regno di uno specifico inventato e preparato dal sig. Domenico Surace di Villa San Giovanni (Reggio Calabria) e messo in commercio sotto la denominazione « rimedio naturale contro il cancro » per la cura di svariate infermità quali il cancro, la lebbra, la paralisi, il reumatismo articolare, la tubercolosi renale, la sifilide e l'arteriosclerosi. Col medesimo decreto è stato ordinato, in base all'ultimo comma dell'art. 18 della legge su l'esercizio delle farmacie, il temporaneo sequestro di detta specialità, presso chiunque essa si trovi. Il Surace è stato denunciato all'Autorità giudiziaria.

È morto a Bologna il prof. CARLO EMERY, già ordinario e poi emerito di zoologia in quell'Ateneo. Si era laureato in medicina nel 1875; poi si era consacrato per intero alle scienze naturali.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Scalpel, 24 gen. — A. DELHAYE. Azione sul cuore del nitrito di soda e della trinitrina.

Riforma Med., 26 gen. — G. AIELLO. Pericoli della sospensione del trattam. insulinico. — D. TADDEI. Cura chirurgica delle varici degli arti inferiori.

Folia Med., 30 gen. — V. VANNI. Alterazioni renali nella spirochetosi ittero-emorr.

Arch. d. Mal. de l'App. Dig., ecc., genn. — A. F. HURST. Gli sfinteri del canale alimentare e loro significato clinico. — H. G. MOGENA. Esame funzion. del fegato.

Münch. Mediz. Wochens., 13 feb. — R. MAGNUS. Significato della colina nell'attività gastroenterica. — C. GOTTSCHALK. Trattam. dell'anemia perniciosa.

Deutsche Mediz. Wochens., 13 feb. — M. RUBNER. Le limitazioni delle capacità alimentari dell'umanità. — V. SCHILLING. Il midollo osseo come organo.

Journ. Nerv. Dis., feb. — F. DONATH. Le funzioni del cervello frontale. — A. GORDON. Epilessia organica e localizzazioni cerebrali.

New York St. Journ. Med., 6 feb. — L. M. WARFIELD. Trattam. dell'anemia pernic. — R. F. BARBER e F. I. SHATARA. La « malattia varicosa ».

Brit. Med. Journ., 14 feb. — T. J. MECKIE. L'immunità dal punto di vista della medicina generale. — D. PATERSON. Il bambino ipotonico (flaccido).

Brit. Journ. Radiol., feb. — E. D. M' CREA e a. I movimenti normali dello stomaco.

Mediz. Klinik, 13 feb. — M. MATHES. L'ipertonia. — KINO. Epidemia di singhiozzo.

Ann. di Oftalm. e Cl. Oc., 1. — G. GALLERANI. Influenza della sfera psico-ottica e dei centri psicomotori sulla respiraz. — CANDIAN. Degeneraz. senile della macula. — G. LO CASCIO. Visione negli occhi strabici.

Bull. Méd., 14 feb. — J. GÉNÉVRIER. L'ipertensione arter. infant. stimmata di eredo-sifil.

Arch. de Med., Cir., ecc., 14 feb. — I. URRUTIA. L'ittero emolit.

Brazil-Med., 10 gen. — A. VALERIO. La circolaz. del liq. cef.-rach.

Riforma Med., 2 feb. — U. BACCARANI. Sindrome vescicale di natura riflessa.

Riv. Sanit. Sicil., 15 feb. — G. FIORITO. Il pulviscolo atmosfer. in patol.

La Clinica (Montevideo), 10-II. — V. ZARBINO. Lesioni iniziali della tbc.

Journ. Méd. Franç., dic. — Numero sul sondaggio duodenale.

Paris Méd., 14 feb. — TARGOROLA. L'encefalopatia surrenale.

Soc. d. Hôp., 12 feb. — E. APERT. Le leggi di eredità mendeliana. — E.-C. AVIRAGNET e a. Lo zona varicelloso.

Morgagni, 15 feb. — E. PUSEDDU. L'indice refrattometrico nella vecchiaia.

Journal Americ. Med. Assoc., 7 feb. — R. L. HADEN e P. T. BOHAN. Infezioni locali nell'ulcera peptica. — J. ROSETT. Diagnosi delle malattie del mid. spin. — E. C. ROSENOW. Precipitinoreaz. specifica nella poliomielite epidemica. — W. A. BRAMS e K. A. MEYER. Tiflite primaria acuta.

Americ. Journ. Med. Sciences, feb. — E. MEULENGRACHT. L'eredità nell'anemia pernic. — T. C. KELLY. Glicemia nel carcinoma. — A. GRAEME MITCHELL. Deidratazione nell'infanzia. — H. E. B. PARDEE. Elettrocardiogrammi anormali.

Amer. Medic., gen. — C. C. MAPES. Fallacie e ambiguità nella nomenclatura urologica. — J. GLASSBURG. Prevenzione della sordità nell'infanzia. — H. A. BOSMA. Segni e sintomi premonitorii.

Mediz. Klink, 20 feb. — R. MÜHSAM. Nuovi trattamenti delle fratture. — S. PELTESOHN. Ortopedia degli arti super.

Rev. Méd. de Barcel., gen. — R. J. ROSÉS e F. LLAURADÓ CLAVÉ. Frattura-lussazione del rachide cervicale.

Riv. Clin. Ped., feb. — L. MAGNI. Tipo bulbo-protuberanz. della m. di Heine-Medin. — D. CAFFARENA. Malaria congen.

Giorn. d. Med. Prat., feb. — I. CIVALLERI. Semeiologia della regione interscapolare.

Paris Méd., 21 feb. — Numero sul cancro.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 21 feb. — Numero sulle schizofrenie.

Evolut. Méd.-Chir., feb. — LÉOPOLD-LEVI. Endocrinologia clinica. — L. DARTIGNES. Gl'innesti testicolari.

Boston Med. a. Surg. Journ., 12 feb. — M. BERNSTEIN. Encefal. epid., forma emiplegica.

Riv. Ospedal., 15 gen. — R. BASTIANELLI. Stato attuale della cura chirurg. d. cancro.

Bulletin Méd., 18-21 feb. — FRANCILLON-LOBRE e RONCHÉ. Effluvi d'alta frequenza nelle metriti cervicali.

Wien. Klin. Wochens., 19 feb. — O. LIPSCHÜTZ. Encephalitis meningitica.

Scalpel, 21 feb. — R. DUHOT. Proteinoterapia para-uretrale nel trattam. della blenorragia acuta.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**